This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

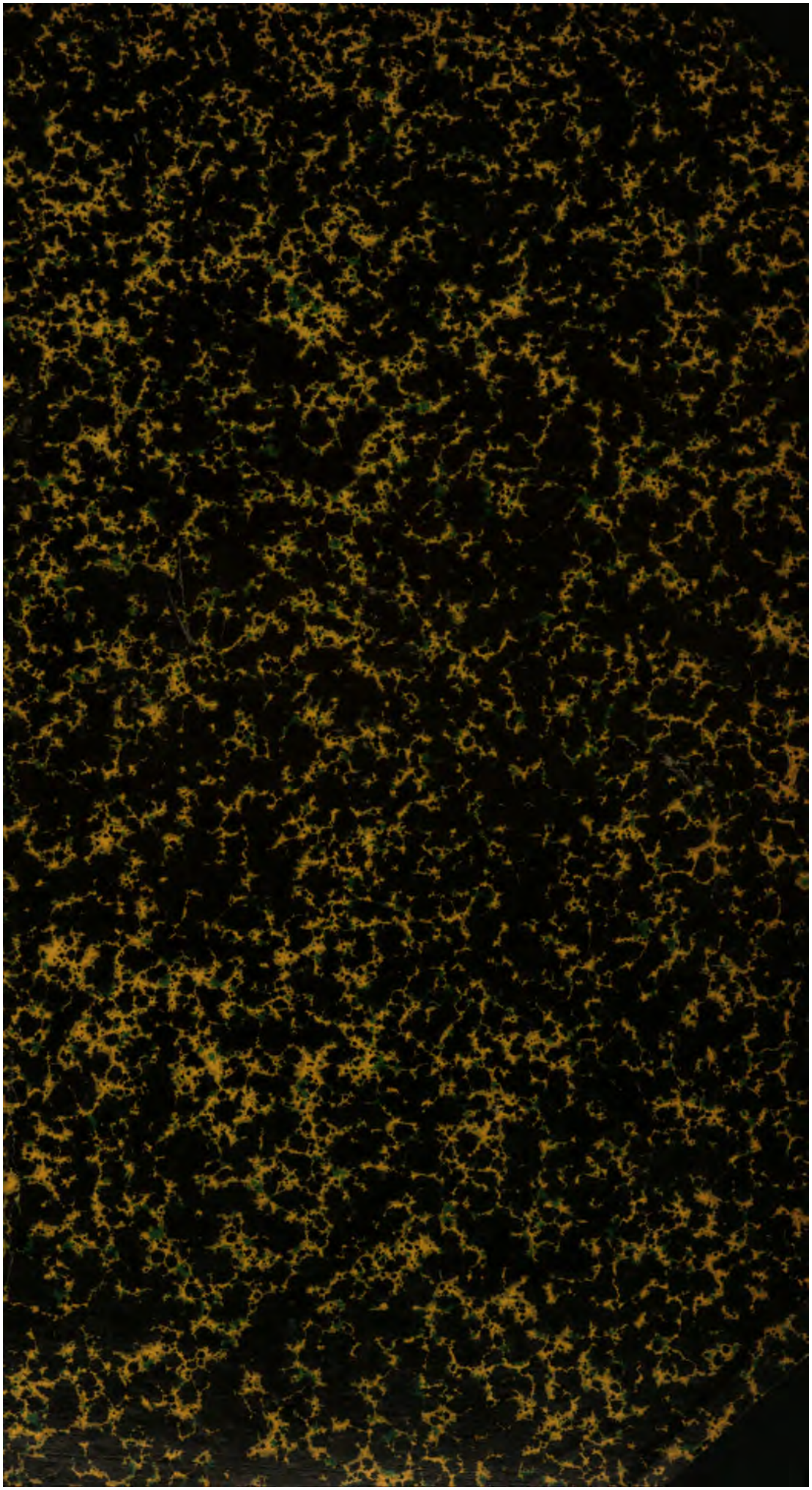
+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.



BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

Deutsche Klinik.

Zeitung

für

Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben

von

Alexander Göschen,

Doctor der Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe, Königlich Preussischem Medicinal-Assessor und praktischem Arzt in Berlin, Mitglied der medicinischen Gesellschaft und des ärztlichen Vereins zu Leipzig, der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden, so wie des Vereins für wissenschaftliche Medicin in Berlin; des Vereins der Aerzte und Apotheker zu Merseburg, der Kaiserlich Russischen medicinischen Gesellschaft zu St. Petersburg, der physikalisch-medicinischen Societät zu Erlangen Correspondenten etc.

Jahrgang 1849.

Band I.

Berlin.

Druck und Verlag von G. Reimer.

MEDICAL
FEB 15 1909
LIBRARY.

CATALOGUED
OCT 21 1909
J. F. B.

Inhaltsverzeichniss

des ersten Jahrgangs (1849) der Deutschen Klinik.

	Seite
Einleitung von Dr. Alexander Göschen.	1
Fragmente zur Aufstellung von Grundregeln für die operative Plastik von Professor Dr. Bernhard Langenbeck.	2
Scintillatio pupillae von Professor Dr. Blasius.	3
Ueber den Krampf der Nacken- und Halsmuskeln; Vortrag von Professor Dr. Romberg.	4
Ueber organische Krankheiten des Gehirns; Vortrag von demselben	5
Abscessus cerebri cum emollitione flava; Otitis interna; Mittheilung aus Hofrath Dr. Oppolzer's Klinik von Dr. Hennig.	6
Ein Fall von sogenannter Bauchschwangerschaft mit der Beschreibung des muskulösen Fötalsackes und der Haut des Fötus von Professor Dr. Hohl.	6
Exstirpatio ovarii von Dr. Knorre.	8
Blasenstein mit Blutkern; Mittheilung aus Professor Dr. Stromeyer's Klinik von Dr. Esmarch.	9
Fall von Verletzung; Vortrag vom Geh. Med. Rath Dr. Jüngken, mitgetheilt von Dr. Göschen.	10
Das scrophulöse Sarcom oder die Drüsenhypertrophie; Vortrag von Professor Dr. B. Langenbeck.	11
Vergiftung durch Chloroform.	11
Chirurgische Klinik des Professor Dr. B. Langenbeck.	11
Chirurgische Klinik des Geh. Med. Rath Dr. Jüngken.	12
Beitrag zur Lichtung des Wesens der spontanen Durchlöcherung des Magens von Dr. Rapp.	13
Beiträge zur Behandlung des hitzigen Gelenkrheumatismus von Sanitätsrath Dr. Kersten.	
1. Ueber die Behandlung des hitzigen Gelenkrheumatismus mit Opium in steigenden Gaben.	16
Ein Fall von sogenannter Bauchschwangerschaft mit der Beschreibung des muskulösen Fötalsackes und der Haut des Fötus von Professor Dr. Hohl. (Schluss.)	18
Die chirurgische Klinik zu Erlangen beim Beginn des Winter-Semesters $18\frac{4}{10}$ von Assistenzarzt O. Heyfelder.	20
Sehr grosse *Hernia pudendalis* bei einer Frau; Vortrag des Geh. Med. Rath Dr. Jüngken; mitgetheilt von Dr. Göschen.	21
Scirrhus mammae; desgleichen.	22
Fistelgeschwür am Unterschenkel als Folge einer Entzündung des interstitiären Zellgewebes; desgleichen.	22
Starke Abführmittel gegen *Morbus Brightii;* nach Beobachtungen von Professor Dr. Hasse.	23
Ueber Chloroform; eine Discussion in dem Verein für wissenschaftliche Medicin zu Berlin.	23
Fragmente zur Aufstellung von Grundregeln für die operative Plastik von Professor Dr. B. Langenbeck. (Fortsetzung.)	25
Ueber die Behandlung der Syphilis im neuen Krankenhause in Nürnberg von Dr. C. A. Meinel.	26
Uebersicht der in der stationären und in der ambulatorischen chirurgisch-augenärztlichen Klinik der K. Universität zu Bonn vom 1. Oct. 1847 bis Ende Sept. 1848 vorgekommenen Ereignisse von Geh. Med. Rath Dr. Wutzer.	29
Ligatura arteriae temporalis; Arteriotomie.	30
Ligatura arteriae cruralis.	30
Trismus.	31
Hernia inguinalis mobilis.	31
Fistula vesico-vaginalis.	32
Die Augenklinik des Geh. Med. Rath Dr. Jüngken von Bührig. Fälle von Amblyopie und Amaurosis.	32
Ueber Paraplegie; Vortrag des Professor Dr. Romberg.	34
Meningitis tuberculosa; Mittheilung aus Hofrath Dr. Oppolzer's Klinik von Dr. Hennig.	35
Instrument zur Gaumennaht von Lutter.	36
Ueber die Behandlung der Syphilis im neuen Krankenhause zu Nürnberg von Dr. C. A. Meinel. (Schluss.).	37
Ischias; Mittheilung aus Hofrath Dr. Oppolzer's Klinik von Dr. Hennig.	40
Neuralgia nervi temporalis et hemiplegia nervi facialis; desgl.	41
Lähmung des *Musc. serratus anticus major* von Dr. G. Helbert	41
Uebersicht der in der stationären und in der ambulatorischen chirurgisch-augenärztlichen Klinik der K. Universität zu Bonn vom 1. Oct. 1847 bis Ende Sept. 1848 vorgekommenen Ereignisse von Geh. Med. Rath Dr. Wutzer. (Fortsetzung.)	43
Fistula vesico-vaginalis.	43
Amputatio penis.	44
Lues gonorrhoica.	45
Lipoma nuchae.	45
Ein Fall von *Cynanche sublingualis rheumatico-typhoides,* tödtlich endend durch Jauchresorption von Dr. Cnopf.	45
Chirurgische Klinik zu Greifswald von Professor Dr. Bardeleben.	47
Exarticulation im Schultergelenk; Mittheilung aus Geh. Med. Rath Dr. Jüngken's Klinik von Stabsarzt Dr. Arzt.	48
Morbus Brightii acutus cum signis uraemicis; Mittheilung aus Hofrath Dr. Oppolzer's Klinik von Dr. Hennig.	49
Beschreibung eines grossen St. Veitstanzes; nach den Journalen der Romberg'schen Klinik und eigener Beobachtung bearbeitet von Dr. Heinrich Franque.	50
Uebersicht der in der stationären und in der ambulatorischen chirurgisch-augenärztlichen Klinik der K. Universität zu Bonn vom 1. Oct. 1847 bis Ende Sept. 1848 vorgekommenen Ereignisse von Geh. Med. Rath Dr. Wutzer. (Fortsetzung.)	
Summarische Uebersicht der im chirurgisch-augenärztlichen Klinikum behandelten Krankheiten.	52
Mittheilungen aus der unter dem Med. Rath Dr. Dohlhoff stehenden chirurg. Abtheil. des Magdeburg. Krankenhauses von Dr. O. Fischer.	53
1. *Hernia diaphragmatis.*	54
2. *Trepanatio.*	54
3. *Amputatio femoris.*	54
4. *Fractura et luxatio clavicularum.*	55
Ein Fall von schwer zu stillender Blutung nach Exstirpation einer Tonsille; erfolgreiche Anwendung des Ergotin. Mittheilung aus Geh. Med. Rath Dr. Jüngken's Klinik von Dr. Bührig.	55
Radicale Heilung eines *Anus praeternaturalis;* desgleichen.	55
Fragmente zur Aufstellung von Grundregeln für die operative Plastik von Professor Dr. B. Langenbeck. (Fortsetzung.)	57
Metastase nach der Radicaloperation der Hydrocele von Sanitätsrath Dr. Schindler.	58
Ueber die äusserliche Anwendung der Jodtinctur; Auszug aus Dr. Oschwald's Dissertation von Dr. Göschen.	59
Bright'sche Krankheit; Vortrag des Dr. Reinhardt in dem Verein für wissenschaftliche Medicin zu Berlin.	59
Chloroform örtlich angewendet von Professor Dr. B. Günther.	60
Klinische Mittheilungen über das Uterin-Placentarstellengeräusch von Professor Dr. Hohl.	61
Das scrophulöse Sarcom; eine Vorlesung des Prof. Dr. B. Langenbeck; mitgetheilt von Dr. Göschen.	62
Uebersicht der in der stationären und in der ambulatorischen chirurgisch-augenärztlichen Klinik der K. Universität zu Bonn vom	

	Seite
1. Oct. 1847 bis Ende Sept. 1848 vorgekommenen Ereignisse von Geh. Med. Rath Dr. Wutzer. (Schluss.)	
Summarische Uebersicht der im chirurgisch-augenärztlichen Poliklinikum behandelten Kranken.	63
Die chirurgische Klinik zu Erlangen im Winter-Semester $18\frac{4}{5}\frac{8}{9}$ von Assistenzarzt O. Heyfelder.	65
1. Hydrocele.	66
2. *Amputatio cruris.*	66
3. Exstirpation eines *Fungus haematodes.*	66
4. Die Excision eines Lippenkrebses.	66
5. *Hernia incarcerata.*	66
Perimyelitis partialis chronica (quantum videre licet) cum myitide dorsali; Vortr. des Hofr. Dr. Oppolzer, mitgeth. von Dr. Hennig.	67
Ueber Paraplegie; Vortrag des Professor Dr. Romberg.	67
Syphilitische Lähmungen von Dr. Knorre.	69
Ueber die äusserliche Anwendung der Jodtinctur; Auszug aus Dr. Oschwald's Dissertation von Dr. Göschen. (Schluss.)	71
Seutin's Klinik in Brüssel; briefliche Mittheilung.	71
Ricord's Vorlesungen in Paris; desgleichen.	72
Verzeichniss und Gehalt der in der Simon'schen Apotheke zu Berlin vorräthigen Pastillen, namentlich auch des Canthariden-Collodiums.	72
Tetanus und Chloroform; eine Mittheilung aus der Praxis von Dr. Kniesling.	73
Acute Orchitis mit Einklemmungs-Symptomen; Spaltung der *Tunica albuginea testis* von Dr. G. Ross.	75
Ueber Bedeutung und Benutzung der chirurgischen Klinik; ein einleitender Vortrag, in der chirurg. Klinik zu Bonn am 2. Nov. 1849 gehalten von Geh. Med. R. Dr. Wutzer, mitgeth. von P. H. Becker.	75
Otorrhoea; Vortr. des Hofr. Dr. Oppolzer, mitgeth. von Dr. Hennig.	77
Rheumatismus, Arthritis; desgleichen.	78
Aus der Augenklinik des Geh. Med. Rath Dr. Jüngken von Dr. Bührig.	
Cataracta oculi dextri, defectus lentis crystall. oculi sinistri.	78
Staphylomata scleroticae permagna.	79
Hydromeningitis chronica.	80

Namensverzeichniss.

Almansor 76.
Andral 78.
Arzt 48.

Bachetti 19.
Bardeleben 47.
Baumès 28. 37. 38.
Bausch 44.
Bayle 20.
Becker, P. H., 75.
Bell, Ch., 4. 5. 27. 43.
Berthold 37.
Bertrand 73.
Blasius 3.
Bock 26. 38.
Boë Sylvius, de le, 76.
Böhmer, P. A., 19.
Boerhaave 76.
Bonnet 44.
Bouillaud 16. 78.
Bouisson 4.
Bright 23. 49. 59. 60.
Brücke 80.
Brüning 45.
Bührig 32. 55. 78.
Busch 62.
Busse 70.

Camerarius 20.
Cannstatt 38. 74.
Capuron 26.
Casper 70.
Celsus 57.
Cirillo 37.
Claus 44.
Cnopf 45.
Collard de Martigny 37.
Corrigan 16. 17. 18.

Demme 59. 71.
Desmarres 4.
Descemet 80.
Desruelles 27.
Dieffenbach 26. 32. 57. 62.
Dohlhoff 53.
Dupuytren 55. 56. 68.
Duverney 19.
Dzondi 27. 39.

Eisenmann 28. 78.
Esmarch 9. 24.

Fairbairn 19.
Fischer, O., 53.
Franco 57.
Frank, P., 2.
Franque 50.
Frenken, J. P., 30.
Fricke 28. 39.
Friedrich II. 76.
Froriep 32.
Führer 24.

Geller 30.
Göschen 1. 9. 23. 24. 60. 62. 72.
Gottofrey 23.
Goulard 59.
v. Gräfe 24. 44. 55. 57.
Günther, B., 60.

Hacker 28.
Hanke 38. 39.
Hansen 23.
Hasse 23.
Hecker 41. 43.
Helbert 41.
Heller 23.
Henle 28. 29. 40.
Hennig 6. 35. 40. 49. 67. 77.
Heyfelder, 47.
Heyfelder, O., 20. 65.
Hippocrates 2.
Hohl 6. 18. 61.
Hunter 39.

Ingarden 29. 37. 39. 40.
Jobert 57.
Johnson 28. 60.
Jüngken 10. 12. 21. 23. 24. 32. 33. 34. 48. 55. 56. 78. 79. 80.

Kaffee 37.
Kersten 16.
Kilian 41. 44.
Kiwisch von Rotterau 61. 62.
Klein 24.
Kniesling 73.
Knorre 8. 69.
Kopp 37.
Krämer 29.
Krause 37.
Kubik 78.
Kürschner 37.

Lännec 61.
Landrau 4.
Langenbeck, B., 2. 10. 11. 23. 24. 25. 36. 57. 62. 66.
Lebert 11. 29. 62. 63.
Lee, T. S., 8.
Legendre 60.
Leubuscher 24.
Lippert 28. 39.
Lobstein 11.
v. Ludwig 46. 47.
Lutens 31.
Lutter 36.

Maddens 37.
Marcellinus 76.
Marchand 20.
Martial 76.
Mayer, G., 31.
Meinel 26.
Morgagni 77.
Mojsisovics 27.
Moser 62.
Müller, J., 30.
Muzeux 55.

Oppolzer 6. 35. 40. 49. 67. 77. 78.
Oschwald 59. 71.

Paracelsus 58.
Pétrequin 4.
Petrina 78.
Pickford 73.
Plenck 29. 38.
Pott 55.

Ramsay 19.
Rapp 13.
Rayer 41.
Reinhardt 59. 60.
Ricord 27. 28. 29. 38. 39. 40. 70. 71. 72.
Robert 4. 42.
Roger 37.
Romberg 4. 34. 41. 43. 50. 67. 70. 74.
Ross 75.
Rothmund 31.
Roux 24.
Ruete 32.
Rust 26. 58. 66.
Ruysch 44.

Sanson 22.
Scanzoni 62.
Schäffer 30. 31.
Schild 15.
Schindler 58.
Schlegel 7. 30. 32. 44.
Schlemm 26.
Schmetzer 47.
Seutin 71. 72.
Sichel 4.
Siebert 15.
Simon 72.
Simon, G., 29.
Sömmering, S., 62. 63.
Sömmering, W., 4.
Sotteau 31.
Souberbielle 44.
Spiess 73.
Stout 4.
Stromeyer 9. 10. 42. 43.

Tagliacozzi 3. 57.
Textor 4.
Trousseau 37.

Velpeau 28.
Vidal de Cassis 72.
Virchow 47.
Vollet 44.

Wagner 37.
Wallace 26. 28.
Walter 20.
Wardrop 80.
Watmough 70.
Weber, E., 31.
Weber, Ed., 5.
Weber, E. H., 62.
Wedekind 37.
Will 21.
Wutzer 29. 43. 52. 63. 75.

Zittmann 22. 33. 45. 69.
Zwank 19.

Sonnabend, № 1. 17. November 1849.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Preis vierteljährlich 2 Thlr., bis zum Schluss dieses Jahres 1 Thlr. Anzeigen werden mit 2 Sgr. für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Wer die **Deutsche Klinik**, von welcher diese erste Nummer unberechnet ausgegeben wird, zu halten beabsichtigt, wolle gefälligst seine Bestellung derjenigen Buchhandlung oder Post-Anstalt, durch welche er die Fortsetzung zu erhalten wünscht, schleunig zugehen lassen, damit keine Unterbrechung in der Zusendung eintritt. Ohne ausdrückliche Bestellung wird keine Nummer weiter verschickt.

Inhalt: Einleitung von Göschen. — Grundregeln für die operative Plastik von B. Langenbeck. — Ueber *Scintillatio pupillae* von Blasius. — Aus der Poliklinik von Romberg (Krampf der Nacken- und Halsmuskeln. Organische Krankheiten des Gehirns). — Aus der Klinik von Oppolzer (*Abcessus cerebri etc.*). — Fall von Bauchschwangerschaft nebst Bemerkungen von Hohl. — *Exstirpatio ovarii* von Knorre. — Blasenstein mit Blutkern von C. Stromeyer, mitgetheilt von Esmarch. — Aus der Klinik von Jüngken (Fall von Verletzung). — Aus der Klinik von B. Langenbeck (das scrophulöse Sarcom). — Miscellen von Göschen (Chloroform-Vergiftung; Bericht über Operationen).

Einleitung.

Von

Dr. Alexander Göschen.

Indem ich die erste Nummer dieses Organs für klinische Beobachtungen dem ärztlichen Publicum überreiche, erscheint es mir als Pflicht, die Gründe darzuthun, die mich bewegen, die grosse Zahl medicinischer Zeitschriften aufs Neue zu vermehren, und gleichzeitig mich über die Richtung näher auszulassen, die ich in meinem Blatte zu verfolgen gedenke. Mustern wir die deutschen medicinischen Zeitschriften, so können wir sie leicht in drei Klassen sondern. Es sind zunächst solche, die das grosse medicinische Material in gedrängter Weise, theils rein berichtend, theils unter kritischer Beleuchtung den Lesern übergeben, und so einen literarischen Apparat bieten, dessen Werth und Nutzen um so grösser sein wird, je vollständiger er ist. Diesen gerade entgegen stehen die Monats- und Vierteljahrsschriften, die lediglich Original-Abhandlungen bringen, oder wenigstens nur ganz nebenher sich mit kurzen kritischen Anzeigen befassen. Im Augenblick dienen diese zum allergrössten Theil entweder einer ganz bestimmten Schule oder einem einzelnen Zweige der medicinischen Wissenschaft als Organ. Sie haben somit unbestreitbar eine grosse wissenschaftliche Bedeutung, entsprechen aber dem eigentlichen Bedürfnisse des grösseren Theils der Aerzte keineswegs ganz, und haben zudem noch die Unbequemlichkeit, dass sie bei dem Erscheinen in längeren Pausen und dann in grösserem Umfange für die bedrängte Zeit eines beschäftigten Arztes des Stoffes zu viel auf ein Mal bieten. Ihnen reihen sich die verschiedenen kleinen Wochenschriften an. Zwischen beiden Gruppen in der Mitte steht nun eine dritte Art, wir meinen jene Journale, die ein Gemisch von Originalarbeiten und summarischen Uebersichten den Lesern bringen. Mir sind dieselben immer als die am wenigsten nützlichen erschienen, da sie, dem Dienste zweier Herren bestimmt, so leicht keinem ordentliches Genüge thun. Die Aufgabe eines encyclopädischen Journals muss es sein, mit alleiniger Ausnahme des ganz Unbedeutenden, Alles zu sammeln, nicht etwa nur das, was eben dem Redacteur als wichtig erscheint, ihm neu und fremd ist. Es soll die grosse Fundgrube darstellen, aus der sich jeder einzelne Leser gerade das herausliest, was er bedarf, in der der literarische Arbeiter das gesammte Material wenigstens in soweit vorgeführt findet, als er danach zu beurtheilen im Stande ist, ob es der Mühe lohnt, ihm weiter nachzugehen. Soll das erreicht werden, so darf der so nöthige Raum nicht für anderweitige Arbeiten zersplittert werden, die der Leser an solchem Platze weder wünscht noch sucht. Gefehlt hat uns bis jetzt in Deutschland eine medicinische Zeitschrift, die, ohne einseitig eine einzelne Schule, einen einzelnen Zweig der Wissenschaft zu vertreten, in kurzen Zwischenräumen und in ausgedehnter Weise Originalmittheilungen bietet, die den Arzt *au courant* der Wissenschaft und Kunst in unserm Vaterlande halten und ihm immer aufs Neue eine Richtschnur für seine praktische Thätigkeit geben. Die Vorkommnisse in den Kliniken, die Art und Weise, wie die bewährten Lehrer einen grösseren Stoff zur Zeit behandeln, wie sie im gegebenen Einzelfalle zu individualisiren verstehen, die practischen Beobachtungen in grossen Krankenhäusern, die Erfahrungen berühmter und viel beschäftigter Aerzte bieten hierzu reichlichen und überaus lehrreichen Stoff, und es will uns bedünken, als wäre es gerade jetzt an der Zeit, diesen Stoff auszubeuten und eine Gelegenheit zu seiner Verwerthung zu schaffen. Unsere Wissenschaft ist seit Jahren in eine neue Entwikkelungsstufe getreten, die Gährungen, die eine solche zu begleiten pflegen, sind nicht ausgeblieben, mit den Vortheilen eines grossartigen Aufschwungs haben wir auch die nie ausbleibenden Nachtheile eines solchen zu tragen, schroff und die natürliche Vermittelung verschmähend, treten extreme Parteien einander gegenüber, und unter dem Allen leiden am meisten diejenigen, die der Natur der Sache nach darauf angewiesen sind, in Anderen Stützpunkte zu suchen, durch sie das eigene Wissen vermehren zu lassen, an den fremden Erfahrungen die eigenen zu prüfen und zu läutern. Gewiss ist selten in irgend einer Zeit unter den Aerzten so viel Skepticismus auf der einen, neben blindem Glauben und Nachthun auf der andern Seite gefunden, als gerade in der unsrigen; gewiss ist nie Seitens der Aerzte selbst mehr geschehen, die Kunst zu verdächtigen, die Genossen herabzusetzen als in unsern Tagen. Gerade indem ich Rechenschaft ablegen soll über das, was ich mit meiner neuen Zeitung zu leisten beabsichtige, fühle ich mich gedrungen, etwas näher auf einige der Fehler einzugehen, auf die man jetzt wohl stösst. Die erste und vorzüglichste Aufgabe des Arztes ist es, den Kranken zu heilen, oder, wo die Kunst dazu nicht ausreicht, in der humansten Weise ihm seine Leiden zu lindern, soweit es irgend möglich. Diese erste und schönste Aufgabe wird heut zu Tage, so will es mich bedünken, oft nicht gehörig gewürdigt. Seitdem man, gewiss zum allergrössten Vortheil der Wissenschaft, der Erforschung der Krankheit eine ganz vorzügliche Aufmerksamkeit schenkt, seitdem man sich nicht mehr mit der Aussage des Kranken und mit den schneller in die Augen springenden allgemeinen Krankheitserscheinungen begnügt, sondern durch die mannigfach gebotenen Hülfsquellen sich selbst von den Vorgängen im kranken Organismus zu überzeugen strebt; seitdem man dem Wesen der Krankheit tiefer nachzuforschen angefangen hat und durch die Befunde an der Leiche nicht etwa bloss die Ursache des Todes zu erkennen sucht, vielmehr aus ihnen Schlüsse zieht auf die Vorgänge im lebenden Körper; seitdem man der natürlichen und anomalen Mischung der thierischen Säfte eine grössere Aufmerksamkeit schenkt, mit einem Wort, seitdem die Bedeutung der physikalischen Diagnostik, der feineren Anatomie, der Mikroskopie und Chemie für die Pathologie erkannt wurde, hat mancher Arzt vergessen, dass der Kranke ihn ruft, um von ihm geheilt zu werden, dass dazu freilich die möglichst genaue Einsicht in das Wesen der Krankheit gehört, dass das eigentliche Geschäft des Arztes aber erst beginnt, wenn er diese gewonnen hat. Gar mancher ist durch die Gründlichkeit, mit der er den Kranken untersucht, gar zu sehr zum Naturforscher geworden, er erblickt in dem Kranken weniger den Menschen, der zu aufmerksamster Pflege sich ihm anvertraut, als ein Object seiner wissenschaftlichen Beobachtung. Andere, durch die exacte Weise, mit der sie sich gewöhnt haben, den Kranken zu untersuchen, dem Sitz, dem Wesen der Krankheit nachzuspüren, verwöhnt, wollen in gleicher Weise therapeutisch verfahren, d. h. sie wollen nur solche Mittel in Anwendung ziehen, deren Wirkungsweise sie sich zu erklären vermögen. Dass es, wo die physiologische Einsicht aufhört, erlaubt, ja geboten ist, gestützt auf eigene oder die Erfahrung Anderer, Medica-

mente anzuwenden, wenn man sich auch eben so wenig die Art, wie sie wirken, erklären kann, als man zu demonstriren vermag, warum Chinin gegen Intermittentes, Quecksilber und Jodkali gegen syphilitische Affectionen heilsam sind; dass sehr wahrscheinlicher Weise die chemischen Vorgänge im thierischen Organismus niemals so klar und zweifellos zu erklären sein werden, wie die in der Retorte, das bringt man nicht in Anschlag, man verachtet eben aus Princip jede Empirie. Oft freilich mag gerade hier auch Unwissenheit im Spiel sein; man hat die Therapie bei seinen Studien gar zu sehr links liegen lassen, und sie in ihren Grundzügen erst am Krankenbette zu studiren, ist eine schwere Aufgabe, deren man sich denn lieber unter dem Deckmantel einiger Scheingründe enthebt. Ein anderer Vorwurf, der die neueste Richtung in der Medicin trifft, ist der, dass sie zu geneigt ist, das viele Gute, was wir aus früheren Zeiten überkommen haben, gleichzeitig mit dem Unbrauchbaren über Bord zu werfen. Dass wir mehr wissen, dass wir besser zu deuten verstehen als unsere Vorfahren, wer wollte es leugnen, wer aber möchte das, frage ich weiter, allzu hoch anschlagen? Es wäre eben eine Schande, wäre man in der Medicin durch den Fortschritt der Physik, der Chemie etc. nicht ein gut Theil vorwärts gekommen. Aber wenn auch die Aerzte früherer Zeiten vieles nicht wussten und verstanden, was wir wissen und verstehen, so haben sie doch, von Hippokrates an bis zu Peter Frank, uns goldene Lehren genug überliefert, und solche, die heute noch eben so wahr und praktisch brauchbar sind, als damals, wo sie zuerst gegeben wurden. Ich will hier etwas ganz Specielles hervorheben, die Art und Weise, wie man so häufig jetzt, und gewiss zum Nachtheil der Kranken, das subjective Kranken-Examen, die allgemeinen Erscheinungen als nicht zur Sache gehörig bei Seite schiebt, oft wohl, weil man sie zu berücksichtigen nicht gelernt hat. Ich glaube, dass die zuversichtlichen Leute, die nach drei- bis vierjährigem Studium in die Praxis treten, und sehr, sehr oft gewiss ohne alle Berechtigung, auf ihre Kunst zu percutiren, zu stethoskopiren etc., eine Kunst, die so mühsam und durch so unausgesetzte Uebung nur zu irgend einer Vollkommenheit gebracht werden kann, pochen, in der Praxis mindestens eben so viel Schaden anrichten, als die unglücklichen Symptomenjäger der älteren Zeit. Sehen wir uns weiter um, so finden wir ganz in entgegengesetzter Richtung gerade jetzt nicht wenige Aerzte, die sich der rohesten Empirie in die Arme werfen, die in blindem Glauben neuen Theorien, einzelnen kühnen Behauptungen folgen, ohne sich irgend welche Rechenschaft abzulegen über ihr Handeln. Während die physiologische Schule mehr und mehr Anhänger erwarb, haben wir sehen müssen, dass Homöopathie, Hydropathie u. s. w. gleichzeitig neuen Boden gewannen. Es erklärt sich das, wie mir scheint, leicht. Weil für die Therapie von jener Seite her im Ganzen zu wenig geschah, weil auf ihre Kosten oft zu einseitig die Diagnostik gepflegt wurde, weil so der Boden für das ärztliche Handeln unter den Füssen wich, während die Schwierigkeit, gewissenhaft alle die diagnostischen Hülfsmittel, die empfohlen und gepriesen wurden, anzuwenden, wuchs, warf sich in einer Art Verzweiflung gar Mancher Jedem in die Arme, der ihm nur wieder Vertrauen zur ärztlichen Kunst einzuflössen verstand, ihm eine Methode für die Behandlung, mochte sie auch noch so dürftig sein, an die Hand gab. Es würde uns viel zu weit führen, wollten wir auf den angeregten Gegenstand noch näher eingehen, wir beabsichtigten nur, an einzelnen Beispielen zu beweisen, dass eine recht praktisch gehaltene medicinische Zeitung gewiss gerade jetzt ein Bedürfniss ist. Die „deutsche Klinik“ stellt sich die Aufgabe, den Arzt mit den Fortschritten in der Wissenschaft fortdauernd und schnell bekannt zu machen, ihm aus zuverlässigen Quellen in semiotischer, diagnostischer, therapeutischer Hinsicht Anhaltepunkte für seine praktische Thätigkeit zu geben, ihm Bewährtes anzuempfehlen, ihn zu warnen vor leichtsinnig Empfohlenem. Sie wird zu dem Ende grössere wissenschaftliche Arbeiten, Uebersichten der Ereignisse in Kliniken und Heilanstalten, lehrreiche Krankengeschichten, interessante Abschnitte aus den Vorlesungen berühmter akademischer Lehrer, kurze Vorträge derselben aus ihren Kliniken liefern. Dazu freilich bedarf sie der Unterstützung Seitens der Universitätslehrer, der Spitaldirigenten, der bewährten praktischen Aerzte; möge diese ihr zu Theil werden und es ihr so gelingen, das zu halten, was sie verheisst!

Fragmente zur Aufstellung von Grundregeln für die operative Plastik.

Von

Professor Dr. Langenbeck.

Bei jeder plastischen Operation, wo und wie sie auch angestellt werden möge, liegt in der Behandlung der lebendigen Substanz das ganze Geheimniss. Die meisten anderen Operationen lassen sich am Leichnam erlernen bis zur Vollkommenheit, in der plastischen Chirurgie wird die Meisterschaft nur durch das Arbeiten in lebendiger Substanz, nur durch vielfache Erfahrung erlangt. Bei keiner Classe von chirurgischen Operationen wird die Combinationsgabe so sehr in Anspruch genommen wie bei diesen, weil kein Fall dem anderen völlig gleich ist, und weil es sich nicht allein um Heilung, weil es sich auch um Herstellung möglichst normaler, dem verstümmelten Ideale anzupassender Formverhältnisse handelt.

Der Durchmesser der Theile, deren Substanzverlust ersetzt werden soll, muss genau gekannt, und dagegen das Spannungsverhältniss des Hauttheiles aufgewogen werden, der jenen zu ersetzen bestimmt ist. Den Veränderungen, welche die Haut in der Umgebung von Substanzverlusten erleidet, der Abnahme ihrer Elastizität, der theilweisen Veränderung der Gefässe u. s. f. ist sorgfältig Rechnung zu tragen bevor man das Messer zur Hand nimmt. Der Operationsplan, so richtig er auch combinirt und so sorgfältig er auch vorher durchdacht sei, lässt sich nicht immer durchführen, weil er sich nur auf Voraussetzungen, nicht auf feststehende Thatsachen stützen konnte. Wie tief eine Degeneration vordringe, wie weit es räthlich sei Theile zu entfernen, ist oft erst während der Operation selbst mit Sicherheit zu beurtheilen; und so ereignet es sich oft dass der ganze Operationsplan während der Operation wesentlich geändert oder völlig umgestossen werden muss. Aber darin liegt gerade das anziehende dieser Operationen, dass die Phantasie vor Beginn derselben ein Bild sich entwerfen, während derselben sich dieses Bild jederzeit umzugestalten im Stande sein muss.

Aber bieten denn wirklich die plastischen Operationen, und namentlich die Ausbesserungen des Antlitzes einen solchen Gewinn? Diese Frage könnte nicht mehr zeitgemäss erscheinen, seit Dieffenbach sie durch Thaten beantwortet hat. Und dennoch ist sie an der Zeit, weil sie Männer vom Fach seit vor Tagliacozzi's Zeiten bis jetzt nicht für aufwerfen sondern entschieden verneinen.

Allerdings ein restaurirter Apoll gilt nie dem Originale, unverstümmelt wie es hervorging aus den Händen des Schöpfers, völlig gleich, aber dennoch restaurirt man, und freut sich daran. Man wird uns entgegnen dass Gyps und Marmor fügsamer sei unter dem Meissel, als das Fleisch unter dem Messer, und das ist wahr. Aber dennoch kann ich denen nicht Recht geben die da sagen, ein verdeckendes Pflaster oder eine Nase von Holz sei vom Gesichtspunkte der Schönheit betrachtet nicht schlechter, als eine von natürlichem Fleisch. Ueber Schönheitsbegriffe ist schwer zu streiten, und es müssen Thatsachen sprechen. Noch vor wenigen Tagen sagte mir ein junger Mann, dem ich im Laufe dieses Sommers die ganze Nase aus der Stirnhaut ersetzt hatte: „wie danke ich Ihnen dass Sie mich zur Operation überredet haben; sonst mied ich die Strassen weil Jedermann nach mir sah, jetzt gehe ich wo und so viel ich will, und Keiner bemerkt mich.“ Der gänzliche Nasenmangel hat etwas so widriges, abstossendes, dass diese Unglücklichen, zumal auf dem Lande, aus der bürgerlichen Gesellschaft so gut wie ausgestossen sind. Nicht selten bemächtigt sich, zumal bei denen, welche ihr Unglück nicht verschuldet, Bitterkeit und störrisches Wesen dieser Leidenden, und sie verkommen geistig und körperlich in Schmutz und Dummheit. Gelingt es die Verstümmelung zu beseitigen, so bemerkt man sehr bald die wohlthätige Veränderung des ganzen moralischen Seins. Die Unglücklichen werden gehoben durch das Bewusstsein, dass ihr Anblick nicht mehr Eckel und Abscheu errege. Im Jahr 1843 operirte ich ein junges sonst wohl gebildetes Mädchen, welches in Folge einer Hauttuberkulose *(Lupus)*, die ganze Nasenspitze eingebüsst hatte. Nicht ohne grosse Mühe überredete ich sie zur Operation, und diese gelang vollkommen. Vor der Operation im höchsten Grade nachlässig in ihrer Kleidung, und schmutzig bis zum Excess, verwandte sie nach derselben die grösste Sorgfalt auf ihre Toilette und besonders auf ihre Nase. An der Nasenscheidewand nämlich, die ich auch aus der behaarten Kopfhaut gebildet hatte, wuchsen Haare hervor, welche auf das sorgfältigste auszuzupfen die Kranke täglich beschäftigt war.

Vor allen aber sind die Verletzungen des Gesichts durch Geschosse grösseren Kaliber's, durch Stücke von Bomben, Haubitzen etc. geeignet, die hohe Bedeutung der plastischen Operationen hervortreten zu lassen. Hier handelt es sich nicht mehr allein um die Wiederherstellung der Formverhältnisse, die Vereinigung der Wunde, die in der Regel nur durch eine complicirtere plastische Operation möglich ist, stellt nicht selten auch die zum Leben nothwendigen Bedingungen wieder her. Es gilt dieses namentlich von den ausgedehnten Zerschmetterungen der Kiefer mit Substanzverlusten der Weichtheile, wo die Aufnahme der Nahrungsmittel, wie ich in zwei Fällen erfahren, durch die Operation wieder möglich gemacht wird. Niemals bin ich durch eine Operation in gleicher Weise befriedigt worden, und nie habe ich so lebhaften Dank erfahren von den Operirten, als nach jenen, an einem anderen Orte näher zu beschreibenden Operationen. Jeder Beitrag in dieser Beziehung muss um so angenehmer sein, weil ein Versuch dieser Art bisher nicht gemacht worden ist, und die Schriften über plastische Chirurgie nur Weniges darüber enthalten.

Wenn jeder besondere Fall eine Modification des Operationsverfahrens erheischt, und diese wiederum durch die individuelle Auffassung des Operateurs wesentlich bedingt ist, so kann es sich in der plastischen Chirurgie weniger darum handeln, wie ein spezieller Fall operativ behandelt werden muss, als um die Zurückführung der speziellen Fälle auf gewisse allgemeine Grundmethoden, und um Aufstellung der Principien, nach welchen diese angewendet sein müssen.

Von der verschiedenartigen Beschaffenheit der Haut an verschiedenen Körperstellen.

Die Haut der Körperoberfläche ist keineswegs in gleichem Grade geeignet das Material zum Wiederersatz verstümmelter Theile zu geben. Die sehr verschiedenartige Derbheit und Dicke derselben, das an einigen Körperstellen gar nicht, an anderen sehr stark entwickelte Fettzellgewebe, die Anheftung der Cutis an die unter ihr liegenden Theile, z. B. die Gegenwart oder das Fehlen einer derben Fascie, die Anheftung von Muskeln an dieselbe, endlich ihr sehr verschiedenartiger Reichthum an Blutgefässen, alle diese Momente sind ohne Zweifel von der grössten Bedeutung für das Gelingen plastischer Operationen. Doch sind gerade in dieser Beziehung unsere Beobachtungen auch sehr mangelhaft.

Schon bei Tagliacozzi finden wir die Frage erörtert, welche Hautstellen für plastische Operationen die geeignetsten seien. Er entscheidet sich für die Haut des Oberarms in der Gegend des *M. Biceps*, weil er vorzugsweise mit dieser experimentirt hatte. Allerdings bleibt uns kaum eine andere Wahl, sobald die Nase nicht aus der Gesichtshaut ersetzt werden kann; übrigens eignet sie sich eben so wenig zum Ersatz grösserer Substanzverluste, wie die Haut der Extremitäten überhaupt. Die Haut der Extremitäten besitzt, mit Ausnahme des Handteller's und der Fusssohle bei geringer Derbheit und Straffheit einen sehr hohen Grad von elastischer Contractilität. Die losgetrennten, zur Transplantation bestimmten Hautlappen schrumpfen daher sofort um mehr als das Doppelte ein. Und während einerseits die schwache Entwicklung von Arterienstämmchen die Gefahr der Blutstockung und Gangraen bietet, erwachsen aus dem oft kolossalen subcutanen Venennetz, mit dem das Messer jeden Augenblick in Conflict geräth, namhafte Unannehmlichkeiten. Die häufigsten Anlässe zu plastischen Operationen an den Extremitäten geben die Narbencontracturen nach Verbrennung, entartete Narben die sich stets wieder öffnen und schlecht geformte Amputationsstümpfe.

Bei den Narbencontracturen nach Verbrennung, z. B. in der Ellenbogenbuge, Kniekehle, ist die contrahirte Narbensubstanz völlig zu exstirpiren, und zwar durch Schnitte, welche in die Längenaxe der Extremität fallen. Ist hierauf die Streckung der Extremität möglich geworden, so löst man die Haut von den Seitentheilen des Gelenk's los, und sucht sie über dem gestreckten Gelenk genau zu vereinigen. Nimmt die Narbencontractur die ganze Beugeseite des Gelenks ein, so ist es unmöglich die durch Excision der Narbenstränge entstandene Wunde mit gesunder Haut zu bedecken, weil aus der Nachbarschaft transplantirte, langstielige Hautlappen absterben, und weil die angränzende Haut sich nicht so weit verziehen lässt. Uebrigens ist es auch hinreichend, wenn man die Wundfläche durch Hautverziehung in eine Längenwunde verwandelt, und bis zur völligen Vernarbung derselben das Gelenk in permanenter Streckung erhält, was sich am bequemsten und sichersten durch die bei Gelenkcontracturen angewendeten Maschinen erreichen lässt. Weit sicherer ist das operative Verfahren bei Narbencontracturen nach Verbrennung des Handtellers, selbst wenn ein oder mehrere Finger mit demselben vollständig verwachsen sind. Es handelt sich hier vorzüglich darum, die durch Ablösung der Finger von dem Handteller entstandene Wundfläche der ersteren von der des Handtellers zu isoliren, indem man die Haut von den Seiten der Finger ablöst und sie an der Polarfläche vereinigt. Sodann verkleinert oder schliesst man die Wunde des Handtellers, indem man die gesunde Haut bis zum Handrücken lostrennt und über die Wunde des Handtellers hinwegzieht. Ich habe auf diese Weise eine vollständige Verwachsung aller Finger mit dem Handteller geheilt, so dass selbst die Bewegungen der Finger vollkommen wieder hergestellt wurden.

Die einfache Bedeckung schlecht vernarbter Amputationsstümpfe mittelst gesunder, durch Loslösung gewonnener Haut ist nicht rathsam, theils weil die Haut der Extremitäten eine bedeutende Verziehung nicht verträgt, theils weil in der Regel die Sägefläche des Knochen's zu Tage liegt, nur von einer dünnen Granulationsschicht oder Narbenmasse verdeckt. Eine vollständige Wiederholung der Amputation, wie sie in solchen Fällen gemacht worden ist, würde ich für sehr verwerflich halten. Es genügt hier den Knochen allein höher abzusägen, und darüber die gesunden Weichtheile genau zu vereinigen. Diese Operation kann ohne Verletzung der grossen Gefässe ausgeführt werden. Man trennt durch elliptische Schnitte die schlechte Narbenmasse von den gesunden Weichtheilen, führt den Schnitt weiter durch die letzteren an der Seite der Extremität, wo der Knochen am oberflächlichsten, die grossen Gefässe aber nicht gelegen sind, schält nun die Weichtheile hart vom Knochen ab, trennt diesen so hoch als erforderlich mit einer feinen Stichsäge, und vereinigt nun die lineaire Wunde der Weichtheile durch Nähte. Nur die sehr derbe Haut an der Streckseite des Kniegelenks ist vollkommen geeignet um schlecht geheilte Amputationsstümpfe zu überhäuten, doch dürften die Fälle, wo diese Operation auszuführen, sehr seltene sein. Im Mai d. J. kam ein junger Forstbeamter in das Königl. Klinikum, der durch Gangraen den rechten Unterschenkel verloren hatte. Dieser hatte sich ohne weitere Beihülfe der Kunst im Kniegelenk abgestossen; die Vernarbung des Stumpfes war aber erst nach 18 Monaten vollendet gewesen, und auch dann noch war die Anlegung eines Stelzfusses unmöglich, weil die sehr empfindliche Narbe sich stets wieder öffnete. Daher der Entschluss des Leidenden, sich einer neuen Amputation des Oberschenkels zu unterwerfen. Die Gelenkfläche des Oberschenkels war theils mit einer dünnen, sehr empfindlichen Narbensubstanz bedeckt, theils lag sie, von schlaffen Granulationen durchwachsen, zu Tage. Die Kniescheibe war erhalten, und durch die Muskeln bis zum höchsten Punkt der *fossa intercondylica* hinaufgezogen; die Haut war in dieser Gegend unversehrt, und ich beschloss sie zur Ueberhäutung des Stumpfes zu benutzen. Tiefe, auf den Knochen dringende Schnitte isolirten die gesunden Weichtheile, die nun mit einem starken Skalpell hart am Knochen abgetrennt und in die Höhe geschoben wurden. Dann lösste ich ein 2 Zoll hohes Stück von der Gelenkfläche des *femur* ab, und bedeckte nun die ganze Wunde mit dem aus dem äussern und vordern Theil des Oberschenkels gebildeten Hautlappen. Es war kein namhaftes Gefäss verletzt, und die Blutung höchst unbedeutend. Die durch viele Suturen genau vereinigte, am andern Tage mit *Collodium* verklebte Wunde heilte in der grössten Ausdehnung unmittelbar zusammen, und der junge Mann verliess mit einem vortrefflichen Stumpf die Anstalt.

Wie wenig geeignet die Haut des Unterschenkels zu plastischen Operationen ist, erfährt man nur zu oft bei der Exstirpation von Muttermälern und anderen oberflächlichen Degenerationen der Haut. Wunden von $1\frac{1}{2}$ Zoll Breite lassen sich nur mit grosser Mühe, und auch dann nicht immer, durch Hautverziehung schliessen, während dieses im Gesicht bei weit grösseren Substanzenverlusten ohne Schwierigkeit gelingt.

(Fortsetzung folgt.)

Scintillatio pupillae.

Von

Professor Dr. Blasius in Halle.

Eine der seltensten und überraschendsten Erscheinungen am Auge ist das Funkeln oder Flimmern der Pupille, über welches ich hier eine kurze Nachricht gebe, weil darüber meines Wissens in Deutschland noch gar keine Beobachtung mitgetheilt ist, und wir nur einige wenige von französichen Augenärzten erhalten haben. Mir ist die Erscheinung unter vielen Tausenden von Augenkranken, die ich untersucht, bis jetzt einmal vorgekommen, und zwar bei einem älteren Manne, der seit Jahren auf dem linken Auge erblindet war, und jetzt auch eine amaurotische Amblyopie des rechten bekommen hatte. An dem ersteren Auge, dessen Sehvermögen vollständig erloschen war, zeigte sich die Pupille ganz starr und an ihrem äusseren Theile durch ein Exsudat verschlossen; im Uebrigen hatte sie den normalen schwarzen Grund, und auf diesem sah man bei ruhigem Auge ein Funkeln wie von zahlreichen kleinen Sternen, bei jeder Bewegung des Bulbus aber ein Aufsteigen von glänzenden flimmernden Punkten, ähnlich wie das Moussiren des Champagners. Dies Funkeln war auf den Umfang der Pupille beschränkt, und dicht hinter dieser, so dass man es sehr gut bei Betrachtung des Auges von der Seite und von oben her bemerkte. Die Iris flottirte bei jeder Bewegung des Bulbus, war aber sonst nicht verändert, eben so wenig die übrigen Theile des Augapfels; auch besass dieser eine normale Consistenz. Ueber die Entstehung dieses Krankheitszustandes liess sich nichts ermitteln; eine Verletzung des Auges hatte nicht stattgehabt. Auf dem rechten Auge war weder Funkeln der Pupille, noch Exsudat in dieser, auch nicht Iridodonesis vorhanden.

Mich erinnerte diese Erscheinung sogleich auf das lebhafteste an den Anblick, den die Flüssigkeit aus einer Hydrocele dann darbietet, wenn sie reich an Cholesterine ist, und ich erklärte mich in der Klinik (wo mir dieser Fall vor etwa zwei Jahren vorkam) gegen meine Zuhörer dahin, dass nach meinem Dafürhalten hier eine Cholesterinbildung im Auge stattgefunden habe, und zwar innerhalb der Linsenkapsel, in der wahrscheinlich übermässig abgesonderten Morgagnischen Feuchtigkeit, so dass eine Art von Hydrops der Linsenkapsel als eigentliche Ursache zu statuiren sei. Dass das Funkeln nicht in dem *Humor aqueus* sass, sah man leicht; dass es nicht in dem Glaskörper zu suchen sei,

schloss ich daraus, dass es unmittelbar hinter der Pupille erschien, und, wie bemerkt, auch bei seitlicher Betrachtung des Auges sehr leicht beobachtet werden konnte.

Die französischen Augenärzte, welche das Funkeln beobachtet haben (Sichel, Desmarres, Robert), suchen den Sitz desselben im Glaskörper und nennen den Zustand *Synchysis étincelant;* sie stützen die Diagnose der Synchysis hauptsächlich auf die in den meisten Fällen beobachtete Iridodonesis. Diese darf aber für sich nicht als Beweis von Synchysis gelten, und kommt viel häufiger als diese vor, nur in Verbindung mit Weichheit des Bulbus zeigt sie Synchyse an; jene ist jedoch nur in dem Fall von Pétrequin, wo die flimmernden Körperchen unzweifelhaft in der vorderen Augenkammer befindlich waren, nicht aber in einem der hierher gehörigen Fälle angemerkt, im Gegentheil wird die Consistenz in den meisten Fällen ausdrücklich als normal angegeben. An der Benennung *Synchysis scintillans* is also nur das Beiwort richtig, das Hauptwort muss jedenfalls zurückgewiesen werden, und damit fällt auch die Theorie von Desmarres, wonach das Funkeln in einem Flottiren der Zellen des erweichten Glaskörpers und einem dadurch bedingten Zurückwerfen des Lichts begründet sein soll. Damit ist freilich nicht entschieden, dass der Glaskörper überhaupt gar nicht den Sitz der Erscheinung abgebe, vielmehr glaube ich, dass dieser ein verschiedener sein könne. Pétrequin hat in neuester Zeit einen Fall mitgetheilt, wo das Funkeln deutlich in der vorderen Augenkammer, also in der wässerigen Feuchtigkeit sass; den Grund des Funkelns der Pupille hat Stout in krystallinischen Körperchen, Bouisson in Cholesterine, die im Glaskörper sitze, gesucht; ich halte dies für möglich, wenn schon bisher das (krankhafte) Vorkommen von Cholesterine im Glaskörper noch nicht nachgewiesen wurde, wie dies hinsichtlich der Linsenkapsel der Fall ist. Den Grund, der mich in meinem Falle zur Annahme des Sitzes in der Linsenkapsel bestimmte, habe ich angegeben; mit dem meinigen haben aber die anderen Fälle sehr viel Uebereinstimmendes, wenn ich die erste der bekannt gemachten Beobachtungen ausnehme, nämlich die von Parfait Landrau, wo das Auge völlig gesund, nur mit *Visio scotomatum* behaftet gewesen sein soll, wo aber eine Hypothese über letztere so mit dem Funkeln in Zusammenhang gebracht ist, dass die Beobachtung nicht vorurtheilsfrei genug erscheint. In den übrigen Fällen (zwei von Desmarres, einer von Sichel, einer von Robert) waren, wie in dem meinigen, Exsudate in und hinter der Pupille, sogenannte adhärirende Kapselstaare; die Linsenkapsel war also der Theil, an dem ein krankhafter Process ersichtlich stattgehabt hatte. Sichel beobachtete das Funkeln nach der Zerreissung der adhärenten Kapselcataracte, und zwar so, dass die funkelnden Körperchen deutlich aus der gemachten Oeffnung in die vordere Augenkammer strömten. Sichel sucht freilich in der Voraussetzung, dass der Glaskörper der ursprüngliche Sitz dieser Körperchen sein müsse, darzuthun, wie jener Strom von Flüssigkeit aus dem entarteten Glaskörper (das Auge litt an *Hydrophthalmus anterior et posterior*) hervorgekommen sei; indem aber jene Membran, welche er zerriss, die Pupille selbst ausfüllte, so übergeht er mit seiner Hypothese in unerklärlicher Weise gänzlich die Linse, und es ist viel natürlicher anzunehmen, dass die ausströmende, die glänzenden Körperchen enthaltende Flüssigkeit aus der Kapsel selbst kam, um so natürlicher, als ein solches Ausströmen von Flüssigkeit (ohne glänzende Körperchen) aus der Kapsel nach Zerreissung ihrer vorderen Hälfte (bei flüssigem Staare) von jedem Augenoperateur gekannt ist. Sichel hätte ohne jene Präsumtion um so eher auf die richtige Erklärung kommen müssen, da er nach seiner Angabe mehrmals bei Kapselcataracten ähnliche glänzende Flimmerchen in der vorderen Kapselhälfte festsitzend beobachtet hat.

Das Funkeln wurde in den Fällen, wo es nach der Operation der Cataracte auftrat, fortdauernd und zwar lange Zeit wahrgenommen; aber dies darf nicht als Beweis gegen den Sitz desselben innerhalb der Linsenkapsel angesehen werden, denn jene sogenannten Kapselcataracten waren gewiss nicht eigentliche Trübungen der Linsenkapsel, sondern nur Exsudate vor derselben, welche weggenommen wurden, während die Kapsel selbst sitzen blieb; die Oeffnung, die bei dieser Operation vielleicht in der vorderen Kapselwand gemacht wurde, konnte sich sehr wohl durch eine völlig durchsichtige Narbe wieder schliessen, wie dies W. Sömmering's und Textor's Untersuchungen von Augen, an denen früher die Staaroperation gemacht war, beweisen; endlich schliesst die Zerreissung der vorderen Kapselwand eine von ihr, wahrscheinlich auch von der hinteren Kapselhälfte ausgehende Cholesterinbildung so wenig aus, wie die Wiederbildung von Linsensubstanz, welche nach Staaroperationen, die mit Zerreissung der vorderen Linsenkapsel verbunden waren, vielfach beobachtet worden ist.

Dass der Grund des Funkelns in Cholesterinbildung liege, ist zwar nicht direct erwiesen, es wird aber höchst wahrscheinlich erstens durch den eigenthümlichen Anblick, welchen die Pupille darbietet und welcher ganz in derselben charakteristischen Weise in anderen Flüssigkeiten vorkommt, bei *Hydrocele*, wo ich ihn nicht selten gesehen, auch beim *Hydrops antri Highmori* im eigentlichen Sinne (s. meine Beiträge zur praktischen Chirurgie. Berlin, 1848. S. 167). Zweitens ist es erwiesen, dass kleine (krystallinische) Körperchen das Flimmern veranlassen; sie sind von Stout bei mikroskopischer Betrachtung des Auges gefunden worden, ausserdem hat Sichel dieselben, die er als *paillettes métalliques d'une teinte dorée* bezeichnet, in die vordere Augenkammer übergehen und sich hier festsetzen sehen. Drittens ist das Vorkommen von Cholesterine an der äusseren Seite, so wie innerhalb der Linsenkapsel, durch mikroskopische Untersuchung der dort gebildeten Ablagerungen neuerer Zeit mehrfach nachgewiesen worden, und es ist bemerkenswerth, dass dies der Fall war bei Exsudaten, die sich auf entzündlichem Wege gebildet hatten, wie das Funkeln fast immer in Fällen beobachtet worden ist, wo Exsudate in der Pupille bewiesen, dass eine Entzündung da gewesen war. — Diese Cholesterinbildung bei Cataracten scheint, nach den vorliegenden, nicht zahlreichen genaueren Untersuchungen von Cataracten zu urtheilen, keineswegs selten zu sein, und ich will zum Schluss die Frage aufstellen, ob das perlmutterartige Ansehen, was man oft bei Kapselstaaren beobachtet und als charakteristisch für dieselben betrachtet, nicht darauf beruht, dass Cholesterine an der inneren Fläche der Kapselwand innerhalb einer festen Ablagerung gebildet und durch diese fixirt ist?

Mittheilungen aus der Poliklinik des Professor Romberg in Berlin.

1. Ueber den Krampf der Nacken- und Halsmuskeln.

Ein 14jähriges Mädchen wurde am 29. October 1849 in der Klinik als an dieser Krankheit leidend vorgestellt. Bis zum elften Jahre gesund, wurde sie dann von Krämpfen der Gesichtsmuskeln befallen, die ihr den Spott ihrer Umgebung zuzogen, und allmälig in das gegenwärtige Leiden übergingen. Dasselbe besteht in einem convulsivischen Schütteln des Kopfes, besonders nach der linken Seite hin, selten nach vorn. In 15 Secunden wurden elf solcher Schwingungen gezählt. Im Schlaf hören dieselben gänzlich auf. Bisweilen werden auch Kaubewegungen krampfhafter Art beobachtet.

Bei dieser Gelegenheit hielt R. folgenden Vortrag:

Meine Herren! Die Krankheit, welche Sie hier vor sich sehen, kommt im Allgemeinen nicht häufig vor. Von den convulsivischen Affectionen der Hals- und Nackenmuskeln, im Gebiete des *Nerv. accessorius Willisii* und der oberen Spinalnerven, beobachten Sie noch am häufigsten die des *Musc. sternocleido-mastoideus*, wobei der Kopf schnell nach der Seite des contrahirten Muskels gedreht wird, so dass das Ohr der Schulter nahe kommt, und das Kinn nach der andern Seite hin in die Höhe steht. Dieser Krampf tritt entweder tonisch in mehr anhaltender Form auf, oder besteht in flüchtig wechselnden Contractionen mit mehr oder minder langen Intervallen. Indess auch die anderen Hals- und Nackenmuskeln können befallen werden. So sehen wir zunächst den *M. trapezius* afficirt, wobei der Kopf rückwärts gezogen, ferner die *Mm. splenii* und *obliqui capitis* der einen, oder selbst beider Seiten, in welchem Falle der Kopf nach Art eines Pendels hin- und herschwingt. Ja diese Schwingungen können sogar rhythmisch sein, so dass in einer bestimmten Zeit immer eine gleiche Anzahl erfolgen. Zunächst haben Sie nun Ihre Aufmerksamkeit darauf zu richten, ob der Krampf allein für sich besteht, oder mit anderen convulsivischen Affectionen combinirt ist. Am häufigsten habe ich den *Facialis* Theil nehmen gesehen, und dasselbe beobachten Sie in diesem Falle. Wir erfahren, dass vor einigen Jahren die ganze Krankheit mit Krämpfen im Gebiete des *Facialis* begonnen habe, und noch jetzt ist die Theilnahme dieses Nerven an der häufigen krampfhaften *Nictitatio* deutlich zu erkennen. Auch die *Portio minor* des *Quintus* scheint nicht frei zu sein, da nach Aussage der Mutter des Mädchens nicht selten ein krampfhaftes Aneinanderschlagen der Kiefer, also eine spastische Affection der Kaumuskeln, vorkommen soll. Schon hieraus werden Sie erkennen, wie ungenügend die erste Untersuchung bleiben muss. Es wird nun darauf ankommen, das Mädchen im Hause zu besuchen und genau zu beobachten, zumal gerade bei convulsivischen Krankheiten der psychische Einfluss, welchen die Gegenwart eines zahlreichen Auditoriums auf die Kranken ausübt, nicht gering anzuschlagen ist. — Auf der Strasse werden Ihnen bisweilen Menschen, die an solchen Krämpfen leiden, auffallen; das Seitwärtsschleudern des Kopfes sieht gerade so aus, als ob sie eine Fliege wegschnappen wollten. Als Begleiterin der *Chorea*, die doch so viele andere Muskeln ergreift, ist gerade diese Affection selten. Die aetiologischen Verhältnisse liegen noch sehr im Dunkeln, obwohl schon Charles Bell sich viel Mühe gab, die Ursachen zu ermitteln. Bisweilen sind es mechanische. Ich selbst sah in einem Fall den Krampf des *sternocleido-mastoideus* nach dem Aufheben eines schwe-

ren Balkens, Bell nach einer schweren Entbindung entstehen, bei welcher die Respirationsmuskeln enorm angestrengt worden waren. Klarer ist uns schon der Zusammenhang mit Krankheiten der Wirbel, wo durch den Reiz, der von diesen ausgehend auf die Spinalnerven wirkt, Contracturen der entsprechenden Muskeln entstehen. So erinnere ich Sie an die spastische Contractur des *sternocleido-mastoideus*, welche fast immer den Beginn der *Spondylarthrocace* in den Halswirbeln bezeichnet, und später in Paralyse mit Hintübersinken des Kopfes nach der entgegengesetzten Seite übergeht. Sie haben daher in allen solchen Fällen, wie dieser, eine sorgfältige Exploration der Wirbel anzustellen, um von dieser Seite her sicher zu sein. Hier hat nun die Untersuchung durchaus nichts ergeben, was auf ein beginnendes Leiden der Wirbel bezogen werden könnte. Ein Fall, den das Mädchen vor drei Jahren erlitten, kann mit der jetzigen Krankheit wohl nicht in Verbindung gebracht werden. Zu beachten ist hier noch die Uebelkeit, welche beim raschen Gehen stärker werden soll, und die bei dem gesunden Appetit und der reinen Zunge nicht auf ein Leiden der Digestionsorgane bezogen werden kann. Wir befinden uns daher hier auf einem sehr dunkeln Gebiete, und bei dem Mangel eines jeden festen aetiologischen Halts wird es uns schwer werden, eine rationelle Behandlung einzuleiten. Wenn ich an die bisher von mir behandelten Fälle dieser Art denke, kann ich Ihnen in der That nichts Trostreiches verkünden. Selbst die subcutane Durchschneidung der contrahirten Muskeln, wie sie Dieffenbach auch bei mehreren meiner Kranken vorgenommen hat, hatte nur im Anfang eine scheinbare Besserung zur Folge, welche bald wieder verschwand. Vielleicht dass in diesem Falle der Eintritt der Katamenien günstig wirkt, von denen übrigens jetzt noch nicht einmal Molimina vorhanden sind. Es bleibt uns daher nur übrig, auf die Localität der Krankheit Rücksicht zu nehmen, und den Versuch zu machen, durch flüchtige, aber starke Reizung der Nackengegend auf die Spinalnerven einzuwirken. Ich empfehle Ihnen zu diesem Zwecke eine Salbe aus Crotonöl, welche nicht die lange sichtbaren Narben wie Vesicatore und Pockensalbe hinterlässt. Beim weiblichen Geschlecht dürfen Sie, wenn es angeht, diese Rücksichten nicht versäumen. Zum innern Gebrauche würde ich Ihnen, zumal das Mädchen bleich aussieht, das Eisen empfehlen, etwa das *Ferrum carbonicum*, von welchem ich in einem Falle günstige Wirkungen, d. h. wenigstens einen längeren Stillstand der Krämpfe, beobachtet habe.

2. Ueber organische Krankheiten des Gehirns.

Am 5. November wurde eine 48jährige Frau mit folgenden Symptomen vorgestellt: Kopfschmerz, vorzugsweise in der Stirn, seit einem Jahr dauernd, bei Bewegungen und allen exspiratorischen Actionen, so wie nach dem Schlafe zunehmend; Flimmern vor den Augen und Ohrensausen; bisweilen ohnmachtähnliche Zufälle, wobei sie bewusstlos umsinkt, ohne Convulsionen; mitunter Uebelkeit und Erbrechen; seit zwei Monaten *Strabismus paralyticus convergens* auf dem rechten Auge.

Ueber diesen Fall machte R. folgende Bemerkungen:

M. H.! In allen Fällen, wo sich ein hartnäckiger Kopfschmerz Ihrer Behandlung darbietet, müssen Sie sich zunächst fragen, ob Sie es mit einem neuralgischen Leiden der Haut, oder mit einem im Gehirn selbst wurzelnden zu thun haben. Schon der anhaltende Charakter des Schmerzes, der hier seit einem Jahre besteht, spricht gegen die Annahme einer Neuralgie. Dazu kommt nun jetzt noch der Strabismus, der hier durch Lähmung des rechten *M. abducens* bedingt ist. Sie bemerken, dass die Kranke das Auge, obwohl sie sich viel Mühe giebt, nicht nach aussen stellen kann. Bei demjenigen Kopfschmerz, dessen Anlass im Gehirn selbst seinen Sitz hat, ist die Succession der Erscheinungen ausserordentlich wichtig für die Diagnose. Strabismus, partielle Anästhesieen, Schwäche oder Contraction einzelner Finger sind Symptome, auf deren Deutung ich Sie nicht aufmerksam genug machen kann, da sie nur bei dem Kopfschmerze, der auf Structurveränderungen des Gehirns beruht, vorkommen. Nun betrachten Sie aber die Art des Kopfschmerzes selbst! Sie finden denselben gesteigert durch jeden exspiratorischen Akt, Husten, Niesen, Pressen zum Stuhlgang u. s. w. Niemals versäume ich, Kranke dieser Art ein solches Experiment vornehmen zu lassen, wobei sich das grosse Gehirn der Schädeldecke, das kleine dem Tentorium nähert, und durch den stärkeren Druck und Reizung Zunahme des Schmerzes, Schwindel, Flimmern vor den Augen, Ohrensausen u. s. w. entstehen. So beobachten Sie es auch hier. Nicht minder mächtig ist der Einfluss der Stellungen des Kopfes auf den Schmerz. Jede Bewegung des Kopfes steigert nicht allein denselben, sondern ruft auch, wie z. B. in diesem Falle, ohnmachtähnliche Zufälle, Benommenheit, Schwindel hervor. Auch die Dunkelheit bewirkt bisweilen ein Vergehen der Gedanken, und ich benutze diese Gelegenheit, um Sie überhaupt auf die Wichtigkeit des Lichtes bei Nervenkrankheiten aufmerksam zu machen. Von dem Einflusse der Entziehung desselben auf die an *Tabes dorsualis* Leidenden werden Sie sich im Laufe dieses Semesters wohl noch öfter zu überzeugen Gelegenheit haben! aber auc bei mancher Form von nervösem Asthma sehen Sie Erleichterung einh treten, sobald Licht in's Zimmer des Kranken gebracht wird. — Beniedriger, horizontaler Lage fühlt diese Kranke den Schmerz vermehrt, bei verticaler vermindert. Der grössere Blutreichthum des Gehirns bei horizontaler Lage erklärt diese Steigerung. Auch der Einfluss der verschiedenen Stellungen des Kopfes auf solche Kranke ist zu untersuchen; der eine fühlt eine Steigerung des Schmerzes, wenn er den Kopf nach links, der andere, wenn er ihn nach rechts oder hinten biegt. Für die Bestimmung des Sitzes der Krankheit können daraus manche Data entnommen werden. Sie haben bemerkt, dass ich der Kranken die beiden Carotiden neben der *Cartilago cricoidea* comprimirt habe, und Sie werden noch öfter den Einfluss dieser Compression auf das Gehirn kennen lernen. Da man dadurch im Stande ist, die Blutzufuhr zum Gehirn momentan zu beschränken, so hat man in der Compression, ausser den bereits erwähnten exspiratorischen Bewegungen, noch ein Mittel, um auf das Gehirn einzuwirken, welches sonst durch seine starre Knochenhülle unserer Untersuchung entzogen ist. In diesem Falle hat die Compression zwar keinen erheblichen Einfluss gehabt, ist jedoch noch im Hause der Kranken sorgfältiger zu wiederholen. Auch die Uebelkeit bei aufrechter Stellung ist für die Diagnose wichtig, und deutet auf ein Cerebralleiden hin. — Der Puls, den der denkende Arzt zum Unterschiede von dem Techniker überhaupt nur dann fühlen sollte, wenn er sich seiner Absicht dabei klar bewusst ist, ergiebt in diesem Falle keine Abweichung vom Normalzustande. Aber gerade bei Krankheiten des Gehirns halte ich die Untersuchung des Pulses für sehr wichtig, weil Unregelmässigkeiten und selbst Intermissionen der Herzschläge, zumal beim Sitze der Krankheit an der *Basis cerebri*, in der Nähe des Vagus, häufig beobachtet werden. Ich erinnere hier an die schönen Versuche von Eduard Weber, der durch Reizung des Vagus das Herz zum Stillstand brachte, so dass es in der Diastole blieb. Die Meningitis der Kinder kann Ihnen als Beispiel dienen; die Unregelmässigkeit und Ungleichheit der Herzcontractionen, die sich in dieser Krankheit von Anfang an kundgiebt, halte ich für ungleich charakteristischer, als die vielbesprochene Verlangsamung. Wenn Sie aber einmal den Puls untersuchen, so müssen Sie dies auch recht gewissenhaft und mit allen nöthigen Kautelen thun, d. h. der Kranke muss dabei eine Stellung annehmen, in welcher sich so viele seiner Muskeln als möglich in einem erschlafften Zustande befinden. Deshalb liess ich diese Frau, als ich den Puls fühlen wollte, sich mit dem Rücken anlehnen, weil die ungestützte sitzende Stellung durch die stärkere Muskelcontraction schon eine Beschleunigung des Pulses um 5—10 Schläge bewirkt.

Von Bedeutung sind auch in diesem Falle die ohnmachtähnlichen Zufälle, welche die Kranke schildert. Eine wiederholte Beobachtung muss uns über den eigentlichen Charakter derselben aufklären, insbesondere darüber, ob hier eine epileptische oder hysterische Grundlage vorhanden ist. Denn auf diesem Boden verlieren viele sonst sehr wichtig scheinende Symptome ihre Bedeutung. Bei epileptischen und hysterischen Personen erfordern alle Krankheiten, nicht bloss die der Nervensphäre, sondern auch diejenigen anderer Apparate, einen ganz anderen diagnostischen und prognostischen Maassstab als sonst. Auch warne ich Sie, den Schilderungen weiblicher Kranken, die selten frei von Exageration sind, sofort unbedingten Glauben zu schenken.

Wenn nun auch das Vorhandensein eines Hirnleidens in diesem Falle keinem Zweifel unterliegt, so wird doch die *Species morbi* und der specielle Sitz desselben sehr schwer zu bestimmen sein. Die Aftergebilde im Gehirn, zumal Tuberkel und Krebs, sind unter den Hirnkrankheiten die häufigsten Anlässe heftiger Schmerzen. Die ersteren sind indess bei Erwachsenen, zumal wo nicht tuberkulöse Entartungen anderer Organe vorhanden sind, äusserst selten, und daher bei dieser Kranken wohl nicht anzunehmen. Eben so wenig möchte ich an Hirnerweichung denken, weil bei so langer Dauer des Kopfschmerzes dann gewöhnlich die motorische Kraft oder die Sensibilität der Glieder, die Sprache u. s. w. mitzuleiden anfängt. Am meisten bin ich geneigt, den Sitz der Krankheit an der *Basis cerebri* zu suchen, mag nun hier eine Geschwulst oder ein Exsudat in Folge chronischer Meningitis vorhanden sein. Zu dieser Annahme bestimmt mich vorzugsweise der paralytische Strabismus des rechten Auges, der auf eine Compression des rechten *N. abducens* hindeutet. Ich muss indess hinzufügen, dass eine solche Compression vom Gehirn selbst ausgehen kann; ich habe selbst einen Fall gesehen, wo eine in dem unteren Theile der Hemisphäre entwickelte Geschwulst einen Druck auf die an der Basis verlaufenden Nerven ausgeübt und dadurch Paralyse derselben bewirkt hatte.

Trotz der schlechten Prognose dürfen wir in einem solchen Falle doch nicht müssig bleiben. Ich warne Sie indess vor den Blutentleerungen, selbst den topischen, die nur zu oft bei diesen Kranken gemissbraucht werden. Ich verlasse mich am meisten auf die Ableitungen nach der Kopfhaut, und empfehle Ihnen zu diesem Zwecke die successive Einreibung verschiedener Stellen derselben mit dem *Unguent. tart.*

emetici. Diese Einreibungen, consequent fortgesetzt, sollen hier den Hauptheil der Behandlung bilden, womit Sie den Gebrauch von *Drasticis* zur Eröffnung des torpiden Darmkanals verbinden können.

Mittheilung aus Hofrath Oppolzer's Klinik in Leipzig

von

Dr. Henning.

Abscessus cerebri cum emollitione flava; otitis interna.

Krankengeschichte. Bernstiel, Schneider von Profession, 28 Jahre alt, aus Altenberg im Altenburgischen gebürtig, lebte immer in guten Verhältnissen, hatte gemischte gute Kost, gesunde Wohnung, ebenfalls entsprechende Kleidung, und hielt sich seit Weihnachten 1848 ohne fortgehende Beschäftigung in Leipzig auf, hatte daselbst eine freundliche, sonnige Wohnung, welche er mit keiner andern Person theilte. Er zeigte Kuhpockennarben, hatte als Kind das Scharlach ohne Nachkrankheit überstanden, ward ausserdem Ostern 1848 von Gelbsucht befallen, die ohne anderweitige Beschwerden 14 Tage lang anhielt. Ohne nachweisbare Ursache hatte er am 19. April desselben Jahres über bedeutende Mattigkeit, Abgeschlagenheit, reissenden Kopfschmerz mit Schwindel zu klagen, verlor den Schlaf, ward zuweilen von Hitze mit abwechselnden Frostschauern und darauf folgendem Schweiss befallen; letztere Symptome hielten keinen besonderen Typus.

Patient verlor den Appetit, bekam viel Durst und brach mehre Male übelschmeckende Flüssigkeiten aus. Die Mastdarmentleerung war etwas träge, sonst keine Unterleibsbeschwerden. Am 28. April Abends gegen 6 Uhr heftiger Schüttelfrost, der $^1/_2$ Stunde andauert, mit darauf folgender Hitze und profusem Schweiss; dabei steigen Durst und Kopfweh.

Tags darauf etwas freier, doch grosse Erschöpfung.

Am 30. April wieder um jene Abendstunde ein etwa 10 Minuten anhaltender weniger heftiger Schüttelfrost mit den angeführten Erscheinungen geringeren Grades, worauf kein neuer Unfall bis zur Aufnahme in's Hospital. Gleichwohl nahm der Kopfschmerz immer mehr zu, der Appetit blieb weg, der Durst vermehrt, Stuhl verstopft.

Status praesens am 3. Mai Abends.

Körper mittelgross, schlank gebaut; Muskulatur mässig entwickelt. Haut schmutzigweiss, mit einem Stich in's Gelbe, elastisch, ziemlich straff, feucht. Haare dunkelbraun, Iris graublau. Hals lang, nach unten breit werdend; Thorax ziemlich gut gebaut, Bauch eingezogen.

Der Kopf, normaler Bauart, schmerzt in Stirn- und Schläfengegend. Die Schmerzen sind reissend und ziehen sich nach beiden Augen hin. Beim Stehen und Gehen hat Patient wagrechten Drehschwindel. Vorige Nacht hat er ruhig geschlafen; das rechte Ohr hat keine Schallempfindung, doch weder Schmerz noch Klingen; sein Gehörgang ist reichlich mit Schmalz überkleidet; die übrigen Sinne normal. Physiognomie apathisch, Wangen blassroth, Nase etwas geröthet, inwendig verstopft; an den Nasenlöchern und der Scheidewand finden sich Blutschorfe von aufgekratzten Bläschen. Ferner werden Schmerzen, angeblich vom Liegen, im Rückgrath angegeben; sie erstrecken sich vom vierten Brustwirbel bis zum Kreuzbein, steigern sich sowohl durch Aufrichten, als durch Druck darauf. Rechtes Horn der Schilddrüse angeschwollen und schmerzhaft gegen Berührung; kein Jugulargeräusch.

Puls 84, doppelschlägig, Athmen 20 Mal in der Minute, abdominal; wenig Husten, ohne Auswurf; das vesiculäre Athmen ist rauh; der erste Ton im linken Ventrikel etwas dumpf, sonst keine Abweichung der Brustorgane.

Der vordere Rand des rechten Leberlappens ragt 1 Plessimeter unter der Rippenwand hervor, der linke Lappen reicht bis 2 Plessim. unter den *processus xiphoideus,* ist von der Milz nicht abzugrenzen. In der linken *linea naso-labialis* erblickt man eine Gruppe mit trüber Flüssigkeit gefüllter, schmerzloser Bläschen. Die Lippen sind trocken; die obere mit braunen Krusten bedeckt; die Zähne sehr belegt, das Zahnfleisch geschwollen, die Zunge spitz, mit weissgelben Zotten besetzt, die Pupillen wenig geschwellt. Uebler Geruch aus dem Munde, Geschmack garstig, Uebelkeit ohne Erbrechen; Leib seit 4 Tagen nicht geöffnet; manchmal Poltern in den Dünndärmen. Patient hat $^1/_2$ Pfund braunen Urin gelassen, welcher sauer reagirt, frei von Eiweiss ist.

Das Gesammtbild der gegebenen Erscheinungen könnte noch am ersten die Diagnose eines Typhus zulassen, doch ist selbst das Ausschlag gebende Symptom des Milztumors hier zweifelhaft wegen der Unmöglichkeit, die Milz abzugrenzen, man könnte sich höchstens von dem doppelschlägigen Pulse bestimmen lassen; Typhus-Exantheme fehlen ganz. Es bleibt daher nur ein exspectatives Verfahren zu wählen, welches in Verabreichung der *mixtura oleosa* seine Genüge findet; zum Getränk Milch.

Abends des 6. hat der Kopfschmerz zugenommen, sonst nichts verändert.

Am Abend des 7. erlöschen die heftigen Kopfschmerzen kalte Umschläge auf die Stirn. Patient schläft sehr viel und spricht aus dem Schlafe. Letzteres Zeichen ist am 8. früh verschwunden; Schlafsucht und Schmerzen eher gesteigert; Patient ist noch bei Besinnung; sein Puls auf 60 gesunken, doppelschlägig; Respiration 16. — Vier Blutegel an die Schläfe. Tagsüber trübt sich das Bewusstsein immer mehr, Patient giebt kein Zeichen von sich, athmet immer langsamer, stirbt Nachts 12 Uhr.

Section, 12 Stunden nach dem Tode angestellt, ergab: beträchtliche Todtenstarre, ausgebreitete dunkelviolette Todtenflecke. Die Diploë blutreich; wenige Eindrücke am Schädelgewölbe von *Pacch.* Granulationen; *dura mater* blutreich, gespannt; Sichelblutleiter enthielt einige Fibrinflocken. Innenseite der *dura mater* klebrig; die Gefässe der *pia mater* zusammengedrückt, die Windungen abgeplattet. Am hinteren Theile der rechten Hemisphäre zeigt sich im Umkreise von einem Hühnerei gelbe Erweichung, gallertartig schwappend, ohne Blutpunkte; in der Tiefe derselben Seite ein Abscess, mit übelriechender gelber Flüssigkeit erfüllt, hühnereigross, von schiefergrauer Hülle umgeben, an welcher eitriger Beschlag klebt; die Substanz der Umgebung zäh. Das Hirnmark der andern Hälfte fest, im Ventrikel mehr Serum. Septum erweicht; auf dem Plexus der rechten Seitenhöhle ein organisirtes Exsudat, der Sehhügel gelb erweicht, mit liniendickem Callus; im hinteren Horn und am *pes hippocampi maj.* Blutextravasat; *corpus striatum* rechterseits ganz erweicht. Vom Abscess führt eine Fistel abwärts an die *basis cerebri,* so dass *dura mater* und *pars petrosa* mit implicirt sind. Das Felsenbein ist an der oberen Fläche cariös, rauh, das Paukenfell unzerstört, das mittlere Ohr mit einem dicken gelben Brei erfüllt, ohne Caries an den Wandungen. An der Basis war die Hirnsubstanz in der Mitte des rechten Lappens schiefergrau, und hier und da durchbrochen. Kleinhirn und verlängertes Mark normal.

Blut der Drosselvene dunkel, dickflüssig, wenig klumpig. Linke Lunge angeheftet. Lungen nach unten ödematös. Herzbeutel leer; Herz etwas grösser, schlaff; an der Spitze ein Sehnenfleck; im linken Ventrikel wenig flüssiges Blut; im rechten eine schlaffe Fibrinausscheidung; in der Pulmonalarterie ein schwaches Blutgerinnsel mit wenig Fibrinabscheidung. Leber gross, ins linke Hypochondrium reichend, welches von ihr ganz ausgefüllt wird; Substanz normal, ziemlich blutreich, ihr Blut dickflüssig. Gallenblase enthält dünnflüssigere, lichtbraune Galle. Die Milz lag unter dem Leberlappen, war von normaler Grösse, schlaff, etwas runzelig; Substanz normal, etwas blutreicher. In dem zusammengezogenen Magen fand sich wenig bräunliche, blutige Flüssigkeit; Schleimhaut dunkelroth, zumal an den Falten; hie und dá ecchymosirt, von normaler Consitzenz. Darmkanal mässig von Luft aufgetrieben; der Dünndarm enthielt etwas gelbliche dickschleimige Flüssigkeit, Schleimhaut des Jejunum dunkel geröthet, die des Ileum hie und da injicirt; die solitären Bälge wenig geschwellt; abwärts etwas mehr; Peyersche Plaques nicht infiltrirt. Dickdarmschleimhaut geröthet, mit Ecchymosen besetzt; im untern Theile dünne Fäcalmassen. Nieren blutreicher, Harnblase etwas Urin enthaltend, normal.

Epikrise. Die Diagnose eines Hirnleidens war im vorliegenden Falle bei fast ungestörten Sinnesfunctionen und mangelhafter Anamnese doppelt erschwert; dagegen waren ausser fehlender Roseola genügende Zeichen des Typhus vorhanden: Kopfschmerzen, Mattigkeit der Glieder, Stuhlverstopfung mit *status gastricus,* Fieber mit *pulsus dicrotus;* die vergrösserte Leber verbarg die scheinbar auch vergrösserte Milz; die Hidroabläschen, welche Oppolzer nur zweimal an Typhuskranken bemerkte, konnten, im Verein mit den anfangs intermittirend und zu bestimmter Zeit wiederkehrenden Fieberanfällen, eine *intermittens* in Aussicht stellen; indessen schon seit 14 Tagen war kein bestimmter Paroxysmus erschienen, wogegen die Kopferscheinungen unter Zunahme der Schmerzen fortdauerten.

Lehrreich ist dieser Fall noch besonders als Beweis, dass Eiterheerde im Gehirn ohne Geistesstörung und Lähmung bestehen können.

Ein Fall von sogenannter Bauchschwangerschaft mit der Beschreibung des muskulösen Fötalsackes und der Haut des Fötus.

Von

Professor Dr. Hohl in Halle.

Ein Fall von Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter, den zu beobachten wir selbst Gelegenheit hatten, bietet in diagnostischer Beziehung, in Hinsicht der Verbindung des Eies mit dem Uterus und einem Theil seiner Anhänge durch den dasselbe umgebenden Sack, in Rück-

sicht der anatomischen Beschaffenheit dieses Sackes, und in Betreff des Zustandes, in welchem der Fötus sich befand, so vieles Instructive und Interessante, dass wir in Erwägung dieser Umstände uns veranlasst finden, den Fall zu veröffentlichen. Wir stellen zunächst die Geschichte, wie sie unser Tagebuch liefert, an die Spitze, um sodann auf die als instructiv und interessant bezeichneten Punkte speciell eingehen zu können.

Die Frau eines Tischlermeisters U., 1841 32 Jahre alt, von kleiner Statur und schwacher Constitution, hatte im Jahre 1834 ein gesundes Kind geboren. Die Schwangerschaft war ohne besondere Beschwerden verlaufen, nur hatte sie häufig Uebelkeiten, schon vor der Hälfte derselben ein empfindliches Ziehen in den Brüsten, und bald nachher einen milchartigen Ausfluss *(Colostrum)* aus beiden Brustwarzen. Wie die Geburt, so verlief auch das Wochenbette ohne Störung. Die Catamenien stellten sich zur rechten Zeit wieder ein, traten auch fortan, wie früher, in Zeit, Quantität und Qualität regelmässig auf. Im Monat Juli 1841 glaubte sie concipirt zu haben, und schloss dies besonders aus den eintretenden Uebelkeiten, die nach ihrer Angabe sich wie bei der letzten Schwangerschaft verhielten. Für diese Vermuthung fand sie im August in der nur sehr schwach sich zeigenden Menstruation, die nun ganz ausblieb, einen bestätigenden Grund. Bis jetzt war ihre Gesundheit, mit Ausnahme der Uebelkeit, ungetrübt, als am letzten Abend des August ein starkes Drängen zum Stuhlgang sich einstellte, und sie, jenem Drange Folge leistend, auf dem Stuhle plötzlich von heftigen Schmerzen befallen wurde, die links im Becken ihren Sitz hatten. Von nun an begannen die Leiden dieser Frau; denn die Schmerzen nahmen allmälig zu, zogen sich auch nach dem Kreuze hin und verbreiteten sich zeitweise über den ganzen Unterleib. Sie konnte kaum liegen oder sitzen, und fand nur Erleichterung, wenn sie mit nach vorn geneigtem Oberkörper, gestützt auf einen Stuhl oder Tisch, stand, oder im Bette auf den Knieen und Ellenbogen ruhte. Die Schmerzen brachten sie um Ruhe und Schlaf durch Monate. Der Urin ging nicht ohne Schwierigkeit ab und die Stuhlentleerungen waren sehr erschwert. Ein Fieber gesellte sich hinzu, und immer mehr magerte die Kranke ab. Während dies vorging, nahmen die Brüste etwas zu, schon im November sickerte eine weissliche Flüssigkeit aus, und kurz vor Weihnachten behauptete sie, Kindesbewegungen zu fühlen.

Die besonderen Verhältnisse dieses Zustandes veranlassten es, dass wir zu Rathe gezogen wurden und die Frau am 29. December zum ersten Male sahen. Die Schmerzen waren noch wie wir sie beschrieben haben, der Schlaf fehlte, das Fieber war unbedeutend, der Appetit jetzt gut, und das Ansehen war in der That so, dass es ein tief in die Organisation eingreifendes Leiden nicht ausdrückte. Wir schritten sogleich zur äusseren Untersuchung, und lassen die Resultate derselben folgen.

Die Brüste auffallend gespannt, die Venen bläulich durchscheinend, Milchgänge strangartig fühlbar, beide Drüsen entwickelt. An den Brustwarzen war eine bestimmte Turgescenz so wenig, als eine leichte Abschuppung der etwas spröden Haut zu verkennen. Der Hof zeigte keine Veränderung, auch waren auf demselben keine Papillen zu bemerken. Die Bauchhaut war weiss, sehr gespannt, von bläulich durchschimmernden Venen durchzogen. Nur in der Mitte vom Nabel abwärts war sie, wie bei einem Bauchbruch, hervorgetrieben, der jedoch nicht vorhanden war. Die weisse Linie zeigte nur in ihrer Mitte eine blassgelbe Färbung. Der Nabel selbst war unverändert. Umfang und Gestalt des Bauches entsprachen einer Zeit der Schwangerschaft im 7. bis 8. Monat. Die Gestalt war ungleich, und boten sich der untersuchenden Hand drei Erhabenheiten dar, rechts unter dem Nabel eine grössere, harte, rundliche, und links eine kleinere, mehr elastische, dann in der Mitte eine längliche, nach unten schmal ausgehende. Diese drei Geschwülste schienen mit einander in Verbindung zu stehen, denn der Bewegung der einen folgten die anderen beiden. Eine weitere Ermittelung war nicht möglich, da die Frau nicht lange stehen, auch nicht auf dem Rücken liegen konnte, und ihr schon die Berührung des Leibes äusserst empfindlich war. Es waren deshalb auch die von ihr angegebenen Bewegungen nicht zu ermitteln, und konnte auch die Auscultation bei dieser Untersuchung nur höchst oberflächlich angestellt werden. Die äusseren Geschlechtstheile liessen nichts wahrnehmen, was das Dasein einer Schwangerschaft hätte andeuten können.

Auch die innere Untersuchung wurde theils durch die grosse Empfindlichkeit der Theile, besonders des Beckens an der Schambeinverbindung, theils durch die unstete Haltung der Frau sehr erschwert. Die Scheide zeigte untrüglich eine vermehrte Temperatur und eine grössere Auflockerung als gewöhnlich im nicht schwangeren Zustande. An der linken Seite des Kreuzbeins stiess der explorirende Finger an der Stelle, wo die Sitzkreuzbeinbänder mit jenem sich verbinden, auf eine weichliche, fleischartige Geschwulst, die an der linken Seite des Kreuzbeins hinaufstieg, dabei an Umfang zunahm, während sie von diesem selbst mit einem fingerdicken Stiel entsprang. Sie hatte die Gestalt eines länglichen Polypen und konnte mit dem Finger umgangen werden, hatte also in der Scheide ihre Wurzeln, sass aber fest auf. Die Scheidenportion war nach vorn gerichtet, wie man es bei der Rückwärtsbeugung des Uterus findet. Die vordere Muttermundslippe fühlte sich wie polypös verlängert an, und dem oberen Rande der Schambeinverbindung entsprach der Muttermund, der mehr eine Querspalte, als eine runde Oeffnung bildete. Durch diese konnte die Fingerspitze bis in die Mitte des Kanals vom Mutterhals eindringen, woselbst eine wulstige Beschaffenheit der vorderen Wand dieses Kanals ein weiteres Vordringen des Fingers hinderte. Der Mutterhals war auffallend lang, und konnten wir seinen Uebergang in den Körper des Uterus durchaus nicht ermöglichen. Es drängte sich nämlich an der hinteren Wand des Beckens vor dem Promontorium etwas nach links hin, und hinter dem gestreckten Mutterhals eine pralle, sehr gespannte, dickhäutige Geschwulst herab, die weder an sich hart war, noch feste Theile enthielt, und in welche die hintere Wand des Mutterhalses überzugehen schien.

Wir verbanden nun die äussere mit der inneren Untersuchung. Ein Druck durch die gespannten Bauchdecken, der freilich nur sehr schonend gemacht werden durfte, auf die in der Mitte des Bauches liegende Geschwulst zog eine Bewegung des Mutterhalses nach sich, und der untersuchende Finger konnte den Uebergang des Halses in den Körper des Uterus erreichen, und fühlen, dass die hintere Wand des Uterus mit jener gespannten, an der hinteren Wand des Beckens herabgedrängten Geschwulst in Verbindung stand, und durch sie der Uterus nach oben und hinten gezogen wurde. Bei einem Druck auf die beiden höher liegenden Geschwülste trat die Geschwulst im Becken tiefer herab. Ueber die Grösse des Uterus konnten wir uns kein sicheres Urtheil verschaffen, doch schien er uns nach dem kleinen erreichbaren Theil etwas vergrössert.

Eine wiederholte Prüfung der bestehenden Verhältnisse, wie sie das mündliche Examen und die Exploration ergab, und die wir unten noch näher beleuchten werden, schien uns keinen Missgriff thun zu lassen oder der Gefahr des Irrthums zu verfallen, wenn wir die Diagnose, deren Angabe der Augenblick gebot, auf Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter stellen würden. Wir gaben dabei der Hoffnung Raum, dass hinzukommende Umstände bald grössere Sicherheit geben würden, und dies geschah auch schon in den nächsten Tagen. Um die Verstopfung zu beseitigen, wurden geeignete Mittel gegeben, und durften darauf Opiate nicht fehlen, um mit Milderung der Schmerzen Ruhe und Schlaf der Kranken zu verschaffen.

In der Mitte des Januar 1842, bis wohin sich das Befinden der Frau nicht verändert hatte, stellte ich eine zweite Untersuchung an. Es war jetzt nach der Angabe der Frau der sechste Monat herangekommen. Der Leib war etwas stärker ausgedehnt, und zu fühlen, dass die beiden oberen Geschwülste einem und demselben Körper angehörten, die nach rechts liegende der Kopf, die links sich erhebende der Steiss sein dürfte. Nur vertrug die Frau keinen starken Druck, so dass die Formen doch nicht mit Sicherheit zu ermitteln waren. Von Extremitäten keine Spur zu fühlen. Die Schambeinverbindung war weniger schmerzhaft, und die in der Scheide wurzelnde Geschwulst so erweicht, dass sie sich wie ein macerirter, mit dichten zelligen Geweben umgebener Hode anfühlte. Scheidenportion, Mutterhals und Muttermund unverändert. So auch die an der hinteren Wand des Beckens herabgedrängte dickhäutige Geschwulst. Als ich nun bei Verbindung der äusseren und inneren Untersuchung den Bauch etwas stark erhob, fühlte ich plötzlich Bewegungen, unverkennbar von einem Fötus herrührend, allein durchaus nicht deutlicher als bei dem Kinde im Uterus. Immer noch konnte ich den Uterus nicht durchfühlen, ob ich nun wohl den in der Mitte des Bauches liegenden Körper, der etwas grösser war als ein nicht schwangerer Uterus, dafür hielt, und nur dadurch irre geleitet wurde, dass ich ihn mit den Fingern nicht umgehen konnte. Die Auscultation stellten wir nun mit nicht geringer Spannung an, und hörten die Herzschläge des Kindes deutlich rechts und oben, doch nicht deutlicher als bei dem Fötus im Uterus. Das Placentarstellengeräusch wurde schwach und nur links vernommen. — Jetzt griffen wir auch zur Uterussonde, die zwar nur erst nach mehrmaligen Versuchen sich einschieben liess, woran wohl theils die Lage des Mutterhalses, theils die wulstige Beschaffenheit der vorderen Wand desselben, wodurch der Kanal etwas über seiner Mitte verengt wurde, Schuld hatte. Die Sonde liess den Uterus leer finden und in seiner Länge vergrössert, woran jedoch auch der verlängerte Mutterhals Antheil hatte.

Bis in die Mitte des Februar blieb der Zustand derselbe und nahm der Leib an Umfang zu. Die Kindesbewegungen wurden aber schwächer, hörten ganz auf, und so auch hörte man weder den Herzschlag des Fötus, noch das Placentarstellengeräusch. Auch fand eine weitere Zunahme des Bauches nicht statt.

Bis in den Mai befand sich nun die Frau insofern besser als früher, indem die Schmerzen nachliessen, selbst aufhörten, so dass sie liegen und sitzen konnte. Da überfielen sie plötzlich heftige, wehenartige Schmerzen mit gewaltigem Drängen und Pressen nach unten.

Es war nach der Berechnung der Frau der zehnte Mondsmonat ihrer Schwangerschaft. Bei der inneren Untersuchung fielen besonders zwei Erscheinungen auf, die Beschaffenheit des Afterproductes in der Scheide, und das Verhalten der Geschwulst an der hinteren Wand des Beckens: Jenes nämlich hatte an Weichheit immer mehr zugenommen, erschien als eine faserige Masse, und war nun bis auf wenige dünne, zerreibbare Stränge verschwunden. Nur zeitweise war aus der Scheide eine fleischwasserartige Flüssigkeit abgegangen. Die Geschwulst, welche an der hinteren Wand des Beckens, etwas mehr links, quer herüberlag, fühlte sich sackförmig an, und wurde während der periodisch auftretenden Schmerzen so heftig gespannt und blasen- oder sackartig herabgedrückt, dass wir ein Zerreissen mit jedem Augenblick erwarteten. Mit dem Nachlass der Schmerzen hörte jene Spannung auf, und wir konnten die in dem Sacke enthaltene Flüssigkeit, doch keine festen Theile, deutlich fühlen. Auch wurde während der Schmerzen der Mutterhals mehr nach vorn und oben gezogen. Nach Ablauf von 24 Stunden war dieser Act beendet. Von dieser Zeit an ging aus der Scheide ein dickes Blut ab; Diarrhöe mit Stuhlzwang und Entleerung eines gelblichen Wassers gesellte sich hinzu.

Vier Wochen später wiederholten sich die beschriebenen Schmerzen in einem geringeren Grade und hielten auch nur kurze Zeit an. Das Befinden der Frau wurde besser, der Appetit gut, der Puls ruhig, und aus dem Uterus ging nun eine den weissen Lochien ähnliche und geruchlose Flüssigkeit ab.

Im Juli, wiederum just vier Wochen später, kehrten jene wehenartigen Schmerzen nochmals zurück und verschwanden schon nach einigen Stunden wieder. Mit ihnen hörte auch der Abfluss aus der Scheide auf, und an der Uterussonde klebte eine gallertartige blutige Masse. Bei der Untersuchung mit diesem Instrumente kamen wir auch zu der Ueberzeugung, dass allerdings die Geschwulst in der Mitte des Bauches über der Schambeinverbindung der etwas vergrösserte Uterus sei, und dieser mit jenen Geschwülsten, die wir als Kopf und Steiss bezeichnet haben, in einer nicht zu ermittelnden Verbindung stehe. Gegen Ende dieses Monats hatte die Scheidenportion ihre normale Gestalt angenommen, und war der äussere Muttermund geschlossen. Die Brüste nahmen an Umfang und Festigkeit ab, doch floss noch spontan und bei angebrachtem Druck eine dünne milchartige Flüssigkeit ab. Auch diese Secretion verlor sich und die Frau befand sich ziemlich wohl.

Am 22. August traten unter Leibschmerzen, einer wässerigen Diarrhöe und Beklommenheit die Katamenien ein, die am 26. beendet waren, am 20. September wiederkehrten und vier Tage anhielten. Die Frau befand sich jetzt so wohl, dass sie ihrer Wirthschaft vorstehen, ihre häuslichen Geschäfte ungestört besorgen konnte. Auch am 16. November hatte sie, wie im October, mit Leibschmerzen die Menstruation.

So stand es bis zum 15. December, wo die Menses abermals zurückkehrten und die kolikartigen Schmerzen nicht fehlten. Jene verloren sich nach einigen Tagen, diese aber gingen in Folge einer Erkältung und Ueberladung des Magens in anhaltende, den ganzen Unterleib einnehmende Schmerzen über, und zeigten bald eine ausgebildete *Peritonitis* und *Enteritis* an. Frostanfälle und eine trockene Hitze wechselten ab, eine heftige mit Stuhlzwang verbundene Diarrhöe kam hinzu, und Fieber, Schmerzen, Schlaflosigkeit erschöpften bald die noch nicht ganz wiedererlangten Kräfte der Kranken, und machten ihrem Leben am 17. Januar 1843, nachdem sie kurze Zeit vorher in der Entbindungsanstalt Aufnahme gefunden hatte, unter anhaltendem Fieber, gänzlicher Abmagerung und völligem Sinken der Kräfte ein Ende.

Elf Stunden nach dem Tode wurde die Section gemacht, deren Ergebnisse wir folgen lassen.

Nachdem die sehr dünnen Bauchdecken durchschnitten waren und zurückgeschlagen werden sollten, zeigten sich leicht trennbare Adhäsionen zwischen dem Bauchfell und den darunter liegenden Theilen. Als die Bauchdecken zurückgeschlagen waren, fiel ein dickhäutiger, ziemlich ausgefüllter, an einzelnen Stellen fluctuirender Sack in die Augen. Man fühlte in ihm Kindestheile. Er war von dunkelbrauner Farbe, stand mit der hinteren äusseren Fläche des Uterus, rechts mit dem einen Theil der Tube, bei frei gebliebenem Fimbrienende, mit einem Theil des breiten Mutterbandes, links mit diesem, der Tube und dem Eierstock in Verbindung. Das rechte, kleine und verkümmerte Ovarium lag frei, das linke war unter der Masse von Neubildungen und Extravasaten nicht zu finden. Dieser Sack füllte die Bauchhöhle bis über den Nabel hinauf aus, und bildete mit seinem unteren Theile jene sackartige Geschwulst an der hinteren Wand des Beckens, die während der periodischen Schmerzen im Mai so auffallend gespannt wurde. Der Uterus, an seinem Grunde und zu beiden Seiten mit dem Sacke verbunden, war etwas vergrössert, seine vordere Wand dünner als die hintere, der Mutterhals ungewöhnlich lang. Er lag mit dem Grunde rückwärts geneigt. Auf dem oberen Theil des Sackes lag das *Colon transversum* etwas nach oben und rechts gedrängt, und auf der vorderen Wand des Sackes das Netz und ein Theil der kleinen Gedärme, die mit derselben nur leicht verklebt waren, während das *Mesenterium* so innig mit dem Sack verwachsen war, dass es an einzelnen Stellen ohne Gefahr der Zerreissung des Sackes nicht zu trennen war.

Nach vorsichtiger Oeffnung des Sackes floss eine reichliche Quantität einer bräunlichen Flüssigkeit aus, die mit flockigen Theilen gemischt war, und ein männlicher siebenmonatlicher Fötus lag vor. Er war noch zum Theil von den Eihäuten umgeben, die fest anlagen, aber an einzelnen Stellen fehlten. Die Lage und Haltung des Fötus war folgende: Der stark gebogene Rumpf lag quer, der Rücken etwas nach vorn, die Extremitäten nach unten und etwas hinten gerichtet. Der Kopf rechts, und mit dem Kinn und Gesicht so stark auf die Brust gedrückt, dass letzteres platt erschien. Die Augen fest verschlossen. Der Steiss links. Die Arme in den Ellenbogen gebogen und gekreuzt, so dass die rechte Hand an der linken Backe, die linke an der rechten lag. Die Beine, in den Knieen gebogen, waren stark angezogen. Man konnte nur mit Mühe die in den Gelenken steifen und fest anliegenden Extremitäten vom Körper entfernen. Die feste, lederartige, rauhe Haut hatte ein gelbes Ansehen, und zeigte an keiner Stelle eine Spur von Fäulniss, wohl aber war sie, mit Ausnahme der Stellen, an welchen noch die Eihäute anlagen, mit einer gelblichen, dem verdickten Kindesschleim ähnlichen Masse überzogen, die hie und da körnicht sich anfühlte, und alle Vertiefungen, z. B. zwischen den Armen und Körper, zwischen diesem und den Beinen u. s. w. ausfüllte, und so überall eine gleiche Fläche herstellte.

Der Sack mit dem Fötus und der Placenta wog $5\frac{3}{4}$ Pfund, und zwar der Sack $2\frac{1}{2}$, der Fötus und die Placenta $3\frac{1}{4}$ Pfund. Diese lag nach unten und links, war sehr dünn und weich, und hatte an derjenigen Stelle des Sackes ihren Sitz gehabt, wo dieser mit dem Uterus in Verbindung stand. Die Nabelschnur war zerrissen, und nur ein 3—4 Zoll langes Stück am Fötus.

(Schluss folgt.)

Mittheilung aus dem Hamburger allgemeinen Krankenhause

von

Dr. Knorre,

Dirigenten der chirurgischen Abtheilung.

Exstirpatio ovarii.

T. S. Lee hat in seiner Preisschrift von den Geschwülsten der Gebärmutter und der übrigen weiblichen Geschlechtstheile sich das Verdienst erworben, der Radical-Operation der Eierstock-Wassersucht den ihr gebührenden Platz in der Reihe der heilbringenden Operationen anzuweisen. Während früher die Punction des *hydrops ovarii* für wenig gefährlich galt, und die Exstirpation für ein verwegenes Unternehmen, ergeben Lee's statistische Untersuchungen, dass von 37 Kranken, bei denen die Paracentese vorgenommen wurde, mehr als die Hälfte in den ersten 4 Monaten starb, während von 65 Kranken, die sich der Radical-Operation unterzogen, überhaupt nur 21, und von 23 derselben, bei denen die Operation durch eine kleine Incision vollendet werden konnte, sogar nur 4 starben, ein Verhältniss, welches wir bei den meisten grösseren Operationen nicht erreichen. Diese Resultate bestimmten mich zur Radical-Operation eines *hydrops ovarii* bei einem 24jährigen Mädchen, welches alle dazu günstigen Umstände zu vereinigen schien. Die Kranke, von kleiner Statur, gesunder Gesichtsfarbe, gut genährt, torpid skrofulosem Habitus, hatte bis zur Aufnahme in das Krankenhaus als Näherin ihren Unterhalt verdient. Von früheren Krankheiten wusste sie nichts anzugeben. Ihr jetziges Leiden fing vor $2\frac{1}{2}$ Jahren an; in der rechten hypogastrischen Gegend bemerkte sie eine Anschwellung, welche allmälig den ganzen Leib ausfüllte und endlich zu einer solchen Grösse gelangt war, dass Patientin, um im Stehen das Gleichgewicht zu behaupten, den Oberkörper weit hintenüber biegen musste. Im Sitzen ruhte der Leib eine Handbreit auf den Oberschenkeln. Das Allgemeinbefinden war ungestört geblieben, alle Organe fungirten regelmässig, nur die Stuhlentleerung war in der letzten Zeit träge geworden.

Die Untersuchung der Kranken in der Rückenlage zeigte die von allen Seiten gegen den Nabel gleichmässig zunehmende Ausdehnung des Leibes, dessen Umfang über den höchsten Punkt gemessen 37 Zoll betrug; die Haut mässig gespannt, ohne auffallend ausgedehnte Venen, die Bauchdecken sehr verdünnt. Durch das Gefühl erkannte man die dicht unter den Bedeckungen liegende gleichmässig gewölbte Geschwulst, welche die Bauchhöhle vom Rande der falschen Rippen bis zur *Symphys. oss. pub.* ausfüllte und nach beiden Seiten etwas beweglich war. Matter Percussionston entsprach genau den Grenzen der Geschwulst durch das Gefühl, und blieb auch bei veränderter Körperlage auf dieselben Grenzen beschränkt, nur in der epigastrischen Gegend links und in beiden Lumbalgegenden war Darmton zu hören, also auf diese Stellen die Därme

zusammengedrängt. Zur Erkenntniss des Inhalts der Geschwulst führte die deutlich fühlbare Fluctuation, und zur Bestimmung, dass eine ungetheilte Höhle die Flüssigkeit enthalte, diente der quer durch dieselbe fühlbare Impuls des anschlagenden Fingers. Die Angabe der Kranken, dass die Geschwulst aus der rechten hypogastrischen Gegend hervorgewachsen sei, wurde dadurch bestätigt, dass in der Lage auf der rechten Seite der Raum zwischen linker *crista ilii anter. sup.* und Geschwulst viel grösser war, als in der Lage auf der linken Seite zwischen den entsprechenden Partien. Die Untersuchung der Geschlechtstheile ergab eine enge und etwas verlängerte Scheide, Muttermund und Hals normal; vom Rectum aus war keine Formveränderung des Uterus zu erkennen, er stand hoch, aber nach keiner Seite abgewichen. Druck am Leibe auf die Geschwulst hatte keinen Einfluss auf die Stellung des Uterus, es existirte also kein Zusammenhang zwischen beiden. Zur Ermittelung von Adhäsionen der Geschwulst an der vorderen Bauchwand wurde das Verhalten des Nabels in der Seitenlage der Kranken benutzt; er war, obgleich der hervorragendste Punkt geblieben, doch deutlich von der Mittellinie abgewichen; dies konnte nur durch Adhäsion bedingt sein.

Die Diagnose der Geschwulst war nach den angegebenen Zeichen nicht schwierig. Gegen Verwechselung mit *Ascites* sprach die um den Nabel am meisten prominirende Form des Leibes, die deutlich fühlbaren Grenzen der Geschwulst, der helle Percussionston in den Lumbalgegenden, das gänzlich ungestörte Allgemeinbefinden. Vor krankhafter Affection des Uterus oder Schwangerschaft sicherte die normale Form des Uterus, die nicht mitgetheilte Bewegung der Geschwulst auf den Uterus, das immer regelmässige Eintreten der Menses, die Abwesenheit des Placentargeräusches und Fötalpulses. Es bleibt sonach nur übrig, die Geschwulst für einen Balg zu halten, der vom rechten Eierstock ausgeht, ungetheilt ist, Flüssigkeit enthält und an der vorderen Bauchwand adhärirt.

Am 22. März 1849, nachdem am Tage vorher die Menses aufgehört hatten, wurde ein Schnitt von 2 Zoll in der *linea alba*, etwas unterhalb des Nabels, durch die Bauchdecken geführt. Nach Durchschneidung mehrerer in die Wunde vordrängender Adhäsionen kam der weisse glänzende Balg zu Gesicht; so weit ein Finger von der Wunde aus reichte, wurden noch viele Verbindungsstränge zwischen Bauchwand und Geschwulst, theils bandartige, theils voluminösere, durchschnitten; keine Blutung störte den Fortgang der Operation. Durch die jetzt freiliegende vordere Wand des Balges wurde ein starker Faden zur Fixirung geführt und ein Troikart eingestossen; in ununterbrochenem Strahl flossen 8 Pfund einer etwas schleimigen, leicht gelblich gefärbten Flüssigkeit aus, der viele kleine glänzende Cholestearinkrystalle ein schillerndes Ansehen gaben. Gleichmässig mit Entleerung des Sackes wurden seine Wände ohne Hinderniss aus der Wunde hervorgezogen, und als am Grunde desselben noch einige membranartige Adhäsionen durchschnitten waren, liess sich ein kurzer Stiel als Befestigungsstelle erkennen; vielleicht war er nur durch das Anziehen des Balges gebildet. In dem Stiel und am Grunde des Balges verliefen viele ausgedehnte strotzende Venen, und die sehr verdickte *tuba Fallopii*, deren Erkenntniss durch die ausgebreiteten Fimbrien an ihrem freien Ende gesichert wurde. Durch Niederdrücken der Bauchwandungen gegen die Wirbelsäule wurde es möglich, den nöthigen Raum zu gewinnen, um einen Doppelfaden durch die Mitte des Stiels zu führen, der in zwei Hälften unterbunden wurde. Nach Lostrennung des Balges vor den Faden wurde die äussere Wunde, welche sich bis auf $1\frac{1}{2}$ Zoll verkürzt hatte, durch zwei blutige Hefte geschlossen, und durch um den Körper geführte breite Heftpflasterstreifen die Vereinigung unterstützt. Der Umfang des Leibes betrug jetzt 26 Zoll. Kein störendes Moment hatte die Operation unterbrochen; gegen Vordringen der Därme oder des Netzes hatte die Ausfüllung der Wunde durch den Balg geschützt; Blutung war so unbedeutend, dass sie keine Berücksichtigung erforderte; ruhiges Verhalten der Kranken war durch Betäubung mit Chloroform erzielt. Der Balg bestand aus einer $\frac{1}{2}$ Linie gleichmässig dicken Membran von grosser Festigkeit; vom Ovarium oder einem Rest desselben war nirgends eine Spur zu erkennen; die äussere Fläche, mit Ausnahme der Stellen wo Adhäsionen sich gebildet hatten, war silberglänzend, fibros durchfilzt, die innere Oberfläche hatte dasselbe Aussehen, nur war sie glatter, wie mit einer feinen Membran überzogen.

Sogleich nach der Operation wurde die Kranke in eine Temperatur von 20 Grad gebracht, um möglichst bald Transpiration hervorzurufen. Einige Stunden später bestimmten Schmerzen im Leibe, Uebelkeit, unterdrückter und beschleunigter Puls, zum Aderlass, Einreibung von *ungt. neapol.* und innerlichem Gebrauch von *calom.* Mit bald danach eintretender gehöriger Transpiration nahmen die Erscheinungen der beginnenden Peritonitis wieder ab und verloren sich am andern Tage ganz, als Salivation sich ausbildete. Von diesem Tage an bestand die Behandlung der Kranken nur in der Besorgung der äusseren Wunde. Als am sechsten Tage der Verband zuerst gelöst wurde, war die Wunde in den Bauchdecken durch *prima intentio* geheilt, bis auf den unteren Winkel, durch den die Ligaturen, welche den Stiel umgaben, nach aussen geführt waren; den 19ten und 20sten Tag lösten sich diese beiden Ligaturen, und am 22sten Tage war die Operationswunde überhäutet. Vier Wochen nach der Operation verliess die Kranke das Bett, gegen Ende der fünften Woche geht sie frei im Hause umher. Die Menses traten das erste Mal 8 Tage zu spät ein und schwächer als früher, seitdem aber kommen sie ganz regelmässig und in derselben Stärke wie vor der Operation. Die Bauchdecken haben ihre normale Contractilität nicht vollständig wiedererlangt, namentlich scheint die Narbe und der Nabel zu Brüchen zu prädisponiren, weshalb Patientin eine feste enganschliessende Leibbinde trägt. Das Allgemeinbefinden und der Kräftezustand sind bis jetzt, 7 Monate nach der Operation, vollkommen gut *).

Mittheilungen aus der Klinik des Prof. Dr. Stromeyer in Kiel.

Von

Oberarzt Dr. Fr. Esmarch.

1. Blasenstein mit Blutkern.

Am 19. August d. J. wurde in das hiesige chirurgische Hospital ein Knabe von 15 Jahren, N. F., aufgenommen, welcher seit 2 Jahren an Steinbeschwerden gelitten. Derselbe war für sein Alter ziemlich klein, doch sah er recht gesund und wohlgenährt aus. Früher stets gesund, ist er vor etwa 4 Jahren von einem Treppengeländer, auf dem er rittlings hinabrutschte, kopfüber hinuntergestürzt, wobei er sich den Kopf stark contundirte, im Uebrigen aber keine besonderen Beschwerden darnach verspürt haben wollte. Erst vor 2 Jahren bekam er Schmerzen in der Blasengegend und im Penis, und häufigen Drang zum Uriniren, oft verbunden mit Harnverhaltung, welche jedoch durch ruhige Rückenlage immer schnell wieder gehoben wurde. Als diese Beschwerden sich mehrten, suchte er Hülfe in der chirurgischen Klinik. Als er aufgenommen wurde, vermochte er seinen Harn höchstens eine Stunde lang zu halten, musste oft 2—3 Mal in der Stunde uriniren, und häufig lief der Harn unwillkürlich ab. Die Untersuchung der Blase mit dem Catheter führte anfangs zu keinem Resultate, da die Reizbarkeit derselben so gross war, dass jedes Mal gleich beim Beginn des Catheterismus der Harn unaufhaltsam entleert wurde; ein heftiger Krampf der Urethra verhinderte dann das Fortführen des Catheters. Es wurde nun versucht, durch Narkotisation mit Chloroform diese Reizbarkeit abzustumpfen, doch hatte dies nur die Wirkung, dass mit dem Beginne der eigentlichen Narkose auch sogleich der Harn abfloss. Dieselbe Wirkung hatte die Aetherisation. Die Untersuchung durch das Rectum, welches, wie gewöhnlich bei Steinkranken, sehr ausgedehnt war, gab auch kein Resultat. Der Kranke musste nun eine ruhige Rückenlage mit erhöhtem Steiss einnehmen, bekam jeden andern Tag ein warmes Bad, und nahm innerlich eine Lösung von *Natr. carbon. acidul.* ʒj in *Aq.* ʒviij, 2stündl. 1 Essl. Dabei bekam er die Weisung, den Harn stets so lange als möglich anzuhalten. Durch *Ol. Ricini* wurde der Stuhlgang stets weich erhalten. Nach einigen Tagen wurde wiederum ein Versuch gemacht, eine glatte Steinsonde einzuführen; dies gelang, und man fühlte jetzt deutlich einen Stein, welcher im Blasenhals lag und durch die Sonde etwas zur Seite und nach hinten geschoben wurde. Führte man zwei Finger in das *rectum* ein, so konnte man nun den Stein durch die Blasenwand hindurch umfassen; er schien die Grösse einer Wallnuss zu haben. Der Urin machte keinen Bodensatz, und zeigte ausser einer stark sauren Reaction nichts Besonderes. Durch die angegebene Behandlungsweise gelang es, die Reizbarkeit der Blase so weit zu vermindern, dass der Kranke im Stande war, den Urin mehrere Stunden lang anzuhalten, bis er ungefähr 3—4 Unzen zur Zeit liess. Dann wurde am 6. September vom Herrn Prof. Stromeyer der Seitensteinschnitt gemacht, und zwar mit dem von ihm erfundenen *Lithotome bicaché* mit beweglichem Schneidendecker. Das Instrument wurde dabei vermittelst der am Handgriffe befindlichen Schraube auf 6‴ gestellt. Die Eröffnung der Blase ging ausserordentlich rasch vor sich. Nachdem er mit einem gewöhnlichen Skalpell bis auf die Rinne der Steinsonde vorgedrungen, führte Prof. Stromeyer sein *Lithotome* an der Fläche des Skalpells längs in die Rinne ein, schob es weit in die Blase hinauf, und zog es dann, nach Entfernung der Sonde wie des Skalpells, in horizontaler Richtung mit einem festen, mässig raschen Zuge wieder heraus. Der Stein liess

*) Bei einem Besuch im Hamburger Krankenhause am 6. October stellte mir Herr Dr. Knorre diese Operirte vor, und so habe ich mich von deren vollkommenem Wohlbefinden selbst überzeugt. Die ausserordentliche Besorgniss des jungen Mädchens, es möchte ihr Uebel wiederkehren, giebt häufig zu genauen Untersuchungen Anlass; es hatte sich dabei aber stets herausgestellt, dass zu solcher Besorgniss gar kein Grund vorhanden war.

Göschen.

sich mit einer gewöhnlichen Steinzange leicht fassen und aus der Blasenwunde herausziehen. Doch zerbröckelte der Stein in mehrere Fragmente bei seinem Austritte aus der äusseren Wunde. Die Blutung war nicht unbedeutend, doch stand sie bald, nachdem der Kranke mit dicht aneinandergelegten Beinen ruhig gelagert worden.

In den ersten Tagen nach der Operation befand Patient sich gut; am Abend des zweiten Tages floss bereits etwas Urin durch die Urethra ab; am dritten Tage kam gar kein Harn mehr aus der Wunde, sondern dieser tröpfelte fortwährend durch die Harnröhre ab. Dabei stellten sich gegen Abend heftige drängende Schmerzen im Perinäum ein, es erfolgten mehrere dünne Stuhlgänge, welche immer häufiger wurden und endlich sich mit einem starken Tenesmus verbanden. Zugleich drängten sich einige kleine Stückchen geronnenen Blutes aus der Wunde hervor. Dieselbe wurde nun genauer untersucht und wir entleerten durch Eingehen mit dem Finger ein Blutcoagulum von der Grösse einer kleinen Faust; sogleich bekam der Kranke bedeutende Erleichterung, die Schmerzen liessen nach und der Urin floss wieder durch die Wunde ab. Die folgende Nacht verlief ruhig, doch schon am andern Morgen klagte Patient über Schmerzhaftigkeit des ganzen Unterleibes; zugleich stellten sich wieder Durchfälle ein. Es wurden nun 8 Blutegel in der Blasengegend und eine *Emulsio oleosa* mit *tct. opii* ℈β verordnet; die Schmerzen wurden darnach geringer, doch verloren sie sich nicht ganz, die Durchfälle dauerten fort, der Kranke zeigte einen harten frequenten Puls und klagte über Schlaflosigkeit; bisweilen wurde er plötzlich von heftiger Angst befallen, worauf stets reichlicher Schweiss erfolgte; dazu kam ein quälender trockener Husten und Rückenschmerzen. Durch kleine Gaben Opium (2 Tropfen *tct. opii simpl.* alle 3—4 Stunden) wurden die Durchfälle etwas vermindert, auch trat wieder etwas Schlaf ein. Prof. Stromeyer war der Ansicht, dass hier entweder ein Nierenleiden zu Grunde läge oder dass das Ganze als rheumatische Affection zu betrachten sei, da der Kranke trotz des häufigen und sorgfältigen Wechsels der leinenen Unterlage doch wegen der steten Durchnässung von dem abfliessenden Urin der Erkältung ausgesetzt war. Die letztere Ansicht gewann die Oberhand, als in den nächsten Tagen ziehende Schmerzen in allen Gliedern hinzukamen. Es wurde deshalb Kampher verordnet, wovon der Kranke täglich 1½—2 Gran in einer Emulsion nahm. Diese Zufälle verschwanden nun, wenn auch sehr langsam, wieder, nur die Durchfälle wollten nicht weichen. Ende September wurde ein Ratanhiadecoct gegeben, und Abends eine Salepsuppe mit rothem Wein. Die Faeces wurden nun consistenter, doch erfolgten noch täglich 4—5 Stühle. Die Wunde begann sich zu schliessen, der Urin floss wieder theilweise durch die Urethra ab; bei Hustenanfällen schoss derselbe sowohl hier, als aus der Wunde heraus. Der Kranke bekam nun jeden andern Tag ein warmes Bad, wonach er sich sehr erholte. Die Diät wurde nährender und der Kranke durfte einige Stunden aufstehen; dabei trank er täglich eine Viertelflasche Rothwein. Am 7. October stellten sich plötzlich wieder heftige ziehende Schmerzen in der Gegend des linken Harnleiters ein, welche sich bald in der Gegend des Blasenhalses und in der Urethra fixirten; der Urin floss wieder allein durch die Wunde ab, welche sich schon bedeutend verkleinert hatte. Am 11. October wurde unter heftigem Drängen ein längliches Steinchen durch die Urethra hervorgetrieben, worauf die Schmerzen sich sogleich verloren; auch die Durchfälle liessen nun nach, der Harn floss wieder allein durch die Urethra ab, und der ganze Zustand des Kranken besserte sich von Tage zu Tage mehr. Am 20. October war die Wunde geheilt, der Urin läuft freilich meistens noch unwillkürlich ab, doch kann Patient ihn schon bis zu einer Quantität von 2—3 Unzen anhalten. Da er an starkem Heimweh leidet, wird er nach Hause entlassen.

Der extrahirte Stein ist von der Grösse einer ansehnlichen Wallnuss. Seine äussere rauhe, warzige Oberfläche ist von gelblicher, grauweiss-marmorirter Farbe, stellenweis der Farbe der Muskatnuss ähnlich. Er ist in fünf grössere und viele kleinere Fragmente zerbrochen. Sein Gewicht beträgt c. 8 Skrupel. Das Innere, von mittlerer Härte und Consistenz, bietet concentrische Lagen dar. Die äusseren haben eine gelblichbraune, die mittleren eine hellgelb-graue Farbe, in der Mitte befindet sich ein beträchtlicher braunschwarzer Kern von bröcklicher Masse; seine Grösse ist die einer starken Erbse; gleich nach der Extraction war die Masse weich, vom Aussehen und der Consistenz des Humus, und liess sich zwischen den Fingern leicht zerreiben. Da uns die Vermuthung kam, der Kern könne wohl aus geronnenem Blute bestehen, brachte ich ein Stückchen davon unter das Mikroskop, nachdem ich es in Wasser noch mehr aufgeweicht und fein zertheilt hatte. In der That fanden wir die ganze Masse aus Blutkörperchen und bröcklichen, scholligen Stückchen, geronnenem Faserstoff, bestehend. Die Blutkörperchen waren klein und verschrumpft, quollen jedoch im Wasser bald zu ihrer normalen Gestalt auf, zeigten auch die gewöhnliche rothgelbe Färbung. Die qualitative chemische Analyse des Steines selbst hat ergeben, dass derselbe grösstentheils aus Harnsäure und harnsaurem Ammoniak besteht. Einzelne Schichten desselben bestehen aus phosphorsaurem Kalk. Da der Stein wegen seines weichen Kernes gleichsam hohl in seinem Innern war, so lässt sich sein Zerbrechen beim Austritt leicht erklären.

Der am 11. October abgegangene Stein ist von länglich-keulenförmiger Gestalt, 6‴ lang, an dem dickeren Ende 2‴, am andern 1‴ breit, etwas plattgedrückt. Die äussere Oberfläche ist warzig rauh, von der Farbe des grossen Steines. Am dickeren Ende, wo die äussere Schale etwas abgeschabt ist, liegt an einzelnen Punkten ein Kern zu Tage, welcher von der Farbe und Consistenz des Blasensteinkernes ist, auch sich durch die mikroskopische Untersuchung als aus Blutgerinnsel bestehend ausweist. Der Stein selbst besteht aus Harnsäure und harnsaurem Ammoniak.

Prof. Stromeyer leitet nun die Entstehung der Steine von jenem Falle des Knaben her. Eine Contusion der Nieren hatte vielleicht eine unbedeutende Blutung zur Folge, deren Spuren im Harn der Knabe übersehen hat oder sich nicht mehr erinnert. Durch die Coagulation des Blutes im Nierenbecken wurde der Grund zur Bildung beider Steine gelegt. Das grössere Coagulum gelangte wahrscheinlich bald in die Blase, während das kleinere an irgend einer Stelle des Ureters stecken blieb. Um beide Körper schlugen sich die Harnsäure und harnsauren Salze des Urins nieder. Das kleinere Coagulum verstopfte theilweise den Ureter, und so setzten sich hauptsächlich an der der Niere zugewandten Fläche desselben, wo der Harn stagnirte, die Niederschläge an. Die Prognose würde darnach als eine günstige zu betrachten sein, im Falle nicht noch ähnliche Coagula im Nierenbecken als Grundlage für eine nochmalige Steinbildung vorhanden sind, was indessen kaum zu fürchten steht, da jetzt alle Erscheinungen eines Nierenleidens aufgehört haben *).

Charité-Krankenhaus zu Berlin, chirurgische Klinik des Geheime Raths Dr. Jüngken.

1. Fall von Verletzung, Vortrag am 5. Nov. 1849.

Meine Herren! Wir haben es hier mit einem im höchsten Grade interessanten Fall von Verletzung zu thun, ohne Frage einer der wichtigsten, die wir gegenwärtig in der Charité haben. Der junge Mensch, den Sie hier vor sich sehen, ist am vergangenen Freitag Nachmittags überfahren. Es fand zunächst an dem linken Arm eine bedeutende Contusion mit Blut-Extravasat, das sich bis zum Handrücken gesenkt hatte, statt, und haben wir dagegen sofort eine örtliche Blutentziehung und sodann Ueberschläge von *Infusum Arnicae* mit *Aqua saturnina* verordnet. Sie sehen heute die Geschwulst verschwunden, es sind nur noch einzelne Spuren des unter die Haut ergossenen Blutes vorhanden, die Schmerzen sind gewichen und der Patient kann mit Leichtigkeit seinen Arm bewegen. Von viel grösserer Bedeutung sind die Verletzungen an der unteren Extremität der nämlichen Seite. Hier erblicken Sie zunächst an der inneren Fläche des Oberschenkels über dem Knie eine mittelst der umwundenen blutigen Naht geschlossene Wunde. Es war dies eine Quetschwunde mit nicht unbedeutendem Substanzverlust. Meine Herren, ich rathe Ihnen auf das dringendste an, derartige Wunden, wenn es nur irgend möglich ist, mit der blutigen Naht zu vereinigen. Wenn auch eine Verheilung der ganzen Wunde *per primam intentionem* dadurch nicht zu erwarten steht, so werden doch die äusseren Enden derselben in dieser schnellen Weise vernarben, und dadurch wird wesentlich auf die sichere und leichtere Vernarbung auch des übrigen Theils influirt. Ich zweifle gar nicht, dass im gegebenen Falle die beiden Wundwinkel *per primam intentionem* sich schliessen. Unter dem Knie und mehr nach vorn sehen Sie eine kleine Wundöffnung, umgeben von einer leichten Entzündungsröthe. Dass die hier stattfindende Entzündung emphysematöser Natur ist, erkennen Sie leicht aus dem Knistern unter dem Druck des Fingers und aus den Luftbläschen in dem ausgedrückten Wundsecret. Dieses ist dünnflüssig und jauchig, aus welchem Grunde, werden wir gleich erfahren. In der Gegend des innern *Condylus* der *Tibia* nehmen Sie bei genauerer Untersuchung eine anomale Grube wahr; sie rührt von einer der seltensten Muskelzerreissungen her, die wir kennen. Die *Tendines* nämlich, meine Herren, des *Musculus semimembranosus* und *semitendinosus* sind zerrissen, und Sie können sich nun auch leicht die schwach geröthete längliche Geschwulst an der inneren Seite der hinteren Fläche des Oberschenkels erklären, sie rührt ganz offenbar von der Contraction dieser zerrissenen Muskeln her. Hier also haben wir es mit einer höchst gefährlichen Verletzung

*) Herr Prof. Langenbeck hat hier in Berlin am 4. November die *Sectio alta* an einem Knaben von 4 Jahren gemacht, und so einen Stein von der Grösse einer Dattel entfernt. Der Patient befindet sich bis heute sehr wohl, und ist kaum an einer vollständigen Heilung zu zweifeln. Wir kommen wohl später auf eine weitere Mittheilung dieses interessanten Falles zurück.

Göschen.

zu thun, die unserer sorgfältigsten Pflege und Aufmerksamkeit bedarf. Ohne sie wird nur zu leicht eine Verjauchung in ausgedehnterem Maasse, so gern die Begleiterin von Sehnenverletzungen, erfolgen, das *Periosteum* der *Tibia* wird in den Process gezogen werden und so die Gefahr einer Caries am Kniegelenk geboten. Auch mit Rücksicht auf diese Muskelruptur war das Schliessen der höher gelegenen Quetschwunde mittelst der blutigen Naht von Bedeutung, es wird dadurch sicherer der auch von hieraus immerhin mögliche, so gefährliche Zutritt von Luft zu der Muskelwunde verhindert. Wir haben dem Kranken bereits am Freitag 25 Blutegel am Oberschenkel, 10 dergleichen am oberen Theil der *Tibia* gesetzt, und ich rathe Ihnen sehr, dem Kranken heute nochmals eine örtliche Blutentziehung zu verordnen. Sie müssen in solchem Falle bis zum sechsten Tage die Entzündungssymptome auf das Gewissenhafteste überwachen, und wo sie sich steigern, sie schnell zu beseitigen trachten. Göschen.

Mittheilungen aus der Klinik des Professor Langenbeck in Berlin.

Das scrophulöse Sarcom oder die Drüsenhypertrophie.

Bei Gelegenheit eines fibrösen Sarcoms in der Achselhöhle richtete Prof. Langenbeck die Aufmerksamkeit seiner Zuhörer auf das von Lobstein sogenannte „scrophulöse Sarcom“ oder die von Lebert zuerst genauer definirte Drüsenhypertrophie. Es verdient diese Art von Geschwülsten sowohl histologisch, als in prognostischer Beziehung um so mehr eine genauere Berücksichtigung, als eine Verwechslung mit bösartigem Sarcom, *fungus medullaris* oder *Encephaloid* bei oberflächlicher Betrachtung nahe liegt. — Wir geben im Umriss die Hauptzüge mit welchen L. diese Degeneration bezeichnete.

1. Individuen meist in jüngeren Jahren, die entweder früher schon an scrophulöser Drüsenanschwellung gelitten haben oder doch den scrophulösen Habitus tragen, von meist gracilem Bau und schwächlicher Körperconstitution, sind am meisten disponirt.

2. Der ursprüngliche Sitz dieser krankhaften Bildung sind die Lymphdrüsen. Sie werden befallen eine nach der andern, nehmen an Volumen zu, sind anfangs noch durch faltiges Bindegewebe isolirt, später in einander verwachsen und bilden zuletzt eine einzige compakte Masse von oft enormem Umfange. Nur an der äussern, wie aus lauter Kugelsegmenten zusammengesetzten Oberfläche erkennt man dann, dass die Geschwulst aus mehreren einzelnen, an der Basis verschmolzenen *tumoren* hervorgegangen ist.

3. Durchschneidet man einen solchen *tumor*, so bietet er eine glatte, schimmernde, blassröthliche Kreisfläche, aus welcher leicht und reichlich ein der Lymphe ähnlicher Saft sich ausdrücken lässt.

4. Mikroskopisch untersucht, besteht sowohl der Saft, als das Parenchym selbst zum grössten Theil aus den eigenthümlichen, die Lymphkörperchen an Grösse übertreffenden meistens granulirten Drüsenzellen und Kernen. Ausserdem finden sich bei intensiver Entwicklung dieser Hyperplasie zahlreiche Kalkmolecüle, welche durch das von wenig losem Bindegewebe verbundene Zellenparenchym ausgestreut sind. Die Lymphgefässe selbst sind innerhalb dieser Auflagerung mitunter colossal erweitert, ähnlich den Milchgängen bei der Hypertrophie der *Mamma*, der sogenannten *Cirsocele* oder *Cystosarcoma mammae*.

5. Die Geschwülste wachsen ziemlich rasch, doch gleichmässig, sind ziemlich weich, durchaus schmerzlos, beeinträchtigen verhältnissmässig wenig die Ernährung und setzen keine maligne Dyskrasie; wohl aber können sie eine ausserordentliche Verbreitung erlangen, ja, alle Drüsen und Drüsenstränge des Körpers ohne Ausnahme involviren; es kann endlich eine secundäre Entzündung — Eiterung, Abscesse, Fistelgänge herbeiführen und damit ein theilweises Collabiren der Geschwulst eintreten.

6. Auf der Höhe der Wucherung dehnt sich eine solche Geschwulst auch in benachbarte Organe aus; z. B. von den Bronchialdrüsen in die Lungen, von den Drüsen des Mesenteriums zur Milz; oder sie bahnt sich Wege durch allmähligen Druck von einer Höhle in die andere, z. B. vom *trigonum supraclaviculare* in's *cavum thoracis* *).

Mehrere interessante Fälle dieser Kategorie, nebst Abbildungen und Präparaten, bildeten den Schluss des lehrreichen Vortrages. F.

*) L. liess sich hierauf ausführlich über die wesentliche Verschiedenheit dieser Geschwülste von den carcinomatösen aus, indess gehen wir hierauf für den Augenblick nicht weiter ein, weil uns ein ausführlicherer Artikel über das scrophulöse Sarcom von Prof. Langenbeck in Aussicht gestellt ist. G.

Miscellen.

1) Vergiftung durch Chloroform.

In diesen Tagen ist in Berlin ein Fall von Vergiftung durch Chloroform vorgekommen. Eine blühende junge Dame in den zwanziger Jahren wollte sich unter dem Einflusse dieses Anästheticum einen Zahn ausziehen lassen, doch noch ehe es zur Operation kam, verschied sie plötzlich, und es waren alle Versuche, sie in's Leben zurückzuführen, erfolglos. Es würde thöricht sein, wegen eines solchen Falles von der Anwendung des Chloroforms abzustehen, aber zur Vorsicht muss er uns auf's Neue ermuntern. Es steht derselbe keineswegs vereinzelt da, es sind uns aus England Fälle bekannt, die zu Untersuchungen vor den Schwurgerichten führten; in Frankreich haben einzelne unglückliche Ereignisse der Akademie Veranlassung gegeben, ein gründlich motivirtes Gutachten über die Wirkung des Chloroforms und über die Frage, ob sein Gebrauch zu untersagen sei, von einem Kreise berühmter Aerzte einzuholen; auch in Deutschland wurden üble Folgen nach Betäubung durch Chloroform beobachtet. Pflicht des Arztes ist es unter allen Umständen, die Wirkung des Chloroforms in jedem Einzelfall genau zu beobachten, genau zu controliren. Es hängt die schnellere oder langsamere, die mehr oder weniger intensive Einwirkung desselben so rein von individuellen Verhältnissen ab, dass sie sich nie vorher bemessen, dass sich allgemeine Regeln über das Maass des Einathmens absolut nicht geben lassen. Wir haben z. B. kürzlich zwei gesunde junge Mädchen von 13—14 Jahren zu chloroformiren Gelegenheit gehabt. Bei der einen trat in wenigen Minuten vollständige Betäubung ein, bei der anderen wurde eine solche in zureichendem Maasse erst beim dritten Versuch erzielt. Wir rathen um so mehr zur Vorsicht, als vielfältigen Erfahrungen nach es keineswegs eines sehr anhaltenden Einathmens der Chloroformdämpfe bedarf, um unempfindlich gegen Schmerz zu machen. Man lasse sich nicht durch einige Unruhe, durch einzelne Schreilaute täuschen, sie gehen sehr häufig nur aus den Traumbildern hervor, und die Operirten haben ihren eigenen Aussagen nach gar nichts von Schmerz empfunden. Der Tod nach Chloroform erfolgt bekanntlich entweder unter der Epilepsie ähnlichen Convulsionen oder asphyktisch. Im letzteren Falle ist es unausgesetzten Bemühungen wohl geglückt, die Asphyktischen wieder zum Leben zurückzuführen. Dem Gerücht nach wird der hier vorgekommene Fall zu einer gründlichen Untersuchung führen, und werden wir das Resultat derselben unseren Lesern, wenn es irgend möglich ist, ausführlicher mittheilen. Bei der Section der Verstorbenen wird nun mit besonderer Gründlichkeit und Mühe zu ermitteln sein, ob nicht Körperzustände vorhanden gewesen sind, die einen plötzlichen Tod ohnehin möglich machen, oder durch die das Chloroform besonders nachtheilig wirken musste, und ob die Ermittelung solcher Umstände im Voraus in den Bereich der ärztlichen Kunst fällt. Dass übrigens diese Vergiftung ausschliesslich unter den Augen eines nicht zur ärztlichen oder medicinischen Praxis Berechtigten vorgekommen ist, wird Veranlassung geben, die in Bezug auf Anwendung des Chloroforms vorhandenen gesetzlichen Bestimmungen in's Gedächtniss der Betheiligten zurückzurufen, vielleicht dieselben zu schärfen. Es dürfte das auch nur wünschenswerth sein.

---

2) Chirurgische Klinik des Prof. Dr. Langenbeck.

Während der ersten 1½ Wochen des Wintersemester, d. h. vom 1—10 November wurden vom Professor Langenbeck in seiner Klinik folgende grössere Operationen gemacht:

1) Emil Teichmann, 4 Jahr alt; *Sectio alta.* Der entfernte Stein hatte die Grösse einer Dattel. Pat. befindet sich auf das Beste.
2) Johann Abel, Hausknecht, 48 Jahr alt; Entfernung eines bedeutenden *Lipom* am Nacken. Patient hat ausserdem ein sehr grosses *Lipom* unter den Bauchdecken, sowie ein kleineres hinter dem rechten Ohr und mehrere auf dem behaarten Theil des Kopfes. Die beiden erst genannten sind in Folge äusserer Verletzungen entstanden.
3) Wilhelmine Harnisch, 26 Jahr alt; Entfernung einer apfelgrossen Harnbalggeschwulst auf dem *Sternum.*
4) Pastor M., 56 Jahr alt; Entfernung eines *Carcinoma medullare,* das, vom *os ethmoideum* ausgehend, die Nasenhöhlen und einen Theil des *Antrum Highmori* einnahm. Patient wird in Kurzem das Hospital verlassen.
5) Alma Behnke, 2½ Jahr alt; *Exstirpatio bulbi dextri,* wegen *carcinoma retinae.* Patientin befindet sich sehr wohl. Der *Nerv. opticus* zeigte sich bei genauester mikroskopischer Untersuchung ganz gesund.
6) Marie Rieger, 18 Jahr alt; Entfernung eines faustgrossen *Lipom* auf dem Rücken.

7) August Paul, 28 Jahr alt: Operation der *Phimosis.*
8) v. L., Officier, 36 Jahr; Entfernung eines enorm grossen und harten Fibroids zwischen den Gluteen rechter Seits. (Wir werden diesen höchst interessanten Fall demnächst näher mittheilen).
9) Auguste Lüdike, 19 Jahr alt; Entfernung eines äusserst schmerzhaften *Tumor cysticus* auf dem Arm.
10) Hampel, 20 Jahr alt; Entfernung eines äusserst harten Fibroids von der Grösse eines Kindskopfes unterhalb des *pectoralis maior.*
11) Gnedhardt, 49 Jahr alt; Exstirpation eines *carcinoma linguae.*

---

3) Chirurgische Klinik des Geh. Med. Rath Prof. Dr. Jüngken.

In den ersten 14 Tagen dieses Semesters wurden vom Hrn. Geh. Med. Rath Jüngken folgende grössere Operationen gemacht:

1) *Amputatio Brachii dextri* wegen eines grossen Osteosarcoms. Pat. ist bereits ausser dem Bett.
2) *Exarticulatio genu sinistri* wegen eines veralteten Fussgeschwürs und Entartung der *Tibia* und *Fibula.* Patient, ein sehr heruntergekommenes Subject, ist gegenwärtig von *Hydrops univers.* befallen.
3) *Episioraphie.* Pat. befindet sich ausserordentlich wohl.
4) *Operatio hydroceles radicalis.*
5) *Operatio phimoseos.*
6) Theilweise Exarticulation des *Hallucis sinistri* im Metatarsal-Knochen.
7) *Amputatio antibrachii sinistri.*

Ich erlaube mir bei der Erwähnung einer Radical-Operation der Hydrocele durch Hrn. Geh. Rath Jüngken hinzuzufügen, dass Langenbeck vor wenigen Tagen eine *Punctio hydroceles* machte und bei dieser Gelegenheit die vielfach ausgesprochene Behauptung erwähnte, dass nach der Radical-Operation der Hydrocele Metastasen zu befürchten ständen, diese deshalb wohl zu vermeiden sei. L. erklärte, dass er gegen 150 Mal die Radical-Operation der Hydrocele vorgenommen und eine solche Metastase niemals beobachtet hätte. Es wäre sehr wünschenswerth, wenn constatirte Fälle solcher Metastasen zur Kenntniss des ärztlichen Publicums kämen, und fordern wir deshalb diejenigen Kollegen, die solche aufzuweisen haben, auf, sie uns mitzutheilen. Bis jetzt finden sich in der Literatur nur dürftige thatsächliche Mittheilungen darüber.

Anzeigen.

In unserm Verlage ist eben erschienen:

Allgemeine
Pathologie und Therapie
als
mechanische Naturwissenschaften.
Von
Dr. *Rudolph Herrmann Lotze,*
Professor in Göttingen.

Zweite verbesserte Auflage. Gr. 8. Geh. Preis 3 Thlr.

Leipzig. **Weidmann'sche Buchhandlung.**

In einigen Tagen wird ausgegeben und nehmen alle Buchhandlungen Bestellungen an:

Preussischer
Medicinal-Kalender
auf
das Jahr 1850.

Mit Genehmigung und Unterstützung des hohen Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten.

Prospecte, welche über Einrichtung und Inhalt dieses Kalenders das Nähere besagen, sind in allen Buchhandlungen zu erhalten.

Berlin, Mitte November 1849.

August Hirschwald.

N. Gutmann
Buchhandlung und Antiquarium
für
Medicin und Naturkunde
in Berlin,

Mittelstrafse 5, zwischen der Friedrichs- und Charlottenstrafse (nächst den Linden und der Universität),

offerirt zu billigen Preisen:

Eine Sammlung von circa 15,000 der ausgewähltesten und seltensten medicin. Dissertationen und Programme des 18ten Jahrhunderts, systematisch geordnet und mit vollständigem Register.

Schmidt, Jahrbücher d. gesammt. Medizin. Leipzig 1834—45 (incl.). 48 Bde. 4 Suppl.- u. 2 Registerbände (166 Thlr.) für 40 Thlr. — **Casper,** mediz. Wochenschrift. Berlin 1833—44 (incl.). 14 Bde. (50 Thlr.) für 10 Thlr. — **Casper** u. **Rust,** Krit. Repertor. f. ges. Heilkunde. Berlin 1823—33. 32 Bde. (80 Thlr.) für 10 Thlr. — **Medizinische Zeitung** d. Vereins f. Heilkunde in Preussen. 14 Jahrge. Berlin 1832—45. (incl.). (51 Thlr.) für 10 Thlr. — **Medizinische Jahrbücher** des Oesterreichischen Staates v. Rosus u. v. Raimann, neue u. neueste Folge. Wien 1811—41 (incl.). 32 Bde. (128 Thlr.) für 20 Thlr. — **Canstatt,** Jahresberichte. Jahrgang 1840—45 (incl.). (73 Thlr.) für 20 Thlr. — **Beser** u. **Wunderlich,** med. Vierteljahrschrift. 7 Jahrgänge 1842—49. (25 Thlr.) für 13 Thlr. — **Encyclopäd. Wörterbuch d. medizin. Wissenschaften.** Herausgegeben v. d. Prof. d. med. Facultät zu Berlin. 32 Bde. (106 Thlr.) für 32 Thlr. — **Naumann,** Handb. d. med. Klinik. Berlin 1837—39. 11 Bde. (40 Thlr.) für 18 Thlr. — **Sachs** u. **Dulk,** Handwörterb. d. Arzneimittell. 3 Bde. Königsb. 1839. (18½ Thlr.) für 8 Thlr. — **Richter,** ausführl. Arzneimittell. 5 Bde. u. 1 Supplbd. Berlin 1826—32. (21 Thlr.) für 7 Thlr. — **Rust,** Handb. d. Chirurgie. 18 Bde. Berlin. (50 Thlr.) für 18 Thlr. — **Rust,** Abhandlungen und Aufsätze. 3 Bde. Berlin 1840. (8¾ Thlr.) für 4½ Thlr. — **Dictionaire** de sciences médicales par Alibert etc. 60 vols. avec figures. Paris. (120 Thlr.) für 20 Thlr. — **Boyer,** malad. chirurg. 11 vols. Paris. (22 Thlr.) für 10 Thlr. — **Sabatier,** méd. opérat. 4 vols. (8 Thlr.) für 4 Thlr. — **Delpech,** malad. chirurg. Paris. 3 vols. (10 Thlr.) für 4 Thlr. — **Velpeau,** médecine opératoire accompagnés d'un Atlas. Bruxelles. (8 Thlr.) für 4 Thlr. — **Velpeau,** anatomie chirurg. accompagnés d'un Atlas. (8 Thlr.) für 4 Thlr. — **Andral,** cliniq. médicale. Ed. Belg. 5 vols. (12 Thlr.) für 8 Thlr. — **Andral,** anatomie pathologique. 3 vols. Paris 1835. (9 Thlr.) für 4 Thlr. — **Wagner, R.,** Handwörterb. d. Physiologie. 22 Lief. (22 Thlr.) für 17 Thlr. — **Albers,** Atlas d. patholog. Anat. 20 Lief. (30 Thlr.) für 15 Thlr. — **Nees v. Esenbeck,** Sammlung officinell. Pflanzen. Text und 2 Bde Kupfertafeln. Düsseldorf 1828. (86 Thlr.) für 21 Thlr. — **Schkuhr,** Botan. Handbuch. 2. Aufl. 4 Bde mit 400 Kpf. Leipzig 1803. (80 Thlr.) für 20 Thlr. — **Geebel u. Kunze, Pharmaceut-Waaren-Kunde.** 2 Bde mit 77 Kupfern. Eisenach 1834. (18¾ Thlr.) für 9 Thlr.

Im Verlage von **G. Reimer** in Berlin ist erschienen:

G. Simon, die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert. Mit 8 Kupfertafeln. Geh. 2 Thlr. 15 Sgr.

Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin. Herausgegeben von **R. Virchow** und **B. Reinhardt.** Erster bis dritter Band. Jeder Band in 3 Heften. 3 Thlr.

E. Brücke, anatomische Beschreibung des menschlichen Augapfels. Mit 1 Kupfertafel. gr. 4. Geh. 1 Thlr.

P. M. Zettwach, über die fehlerhafte Ernährung der Kinder in Berlin, als eine Hauptursache der ungünstigen Gesundheits- und Sterblichkeits-Verhältnisse derselben und über die dagegen anzuwendenden Maassregeln. Geh. 7½ Sgr.

E. du Bois-Reymond, Untersuchungen über thierische Elektricität. Erster Band. Mit 6 Kupfert. Geh. 4 Thlr. 20 Sgr.

— — Zweiten Bandes erste Abtheilung. Mit 4 Kupfertafeln. Geh. 3 Thlr. 10 Sgr.

J. G. Rademacher, Rechtfertigung der von den Gelehrten misskannten verstandesrechten Erfahrungsheillehre der alten scheidekünstigen Geheimärzte, und treue Mittheilung des Ergebnisses einer fünf und zwanzigjährigen Erprobung dieser Lehre am Krankenbette. 3te Ausgabe. 2 Bände. Geh. 6 Thlr. 15 Sgr.

H. Burmeister, die Labyrinthodonten aus dem bunten Sandstein von Bernburg, zoologisch geschildert. Erste Abtheilung: Trematosaurus. Mit 4 lithographirten Tafeln. gr. 4. Carton. 3 Thlr. 10 Sgr.

Die Fortschritte der Physik im Jahre 1847. Dargestellt von der physikalischen Gesellschaft zu Berlin. III. Jahrg. Redigirt von **G. Karsten.** Erste Abth.: Allgemeine Physik, Akustik, Optik und Wärmelehre. Geh. 1 Thlr. 15 Sgr.

Joh. Müller, über die fossilen Reste der Zeuglodonten von Nordamerica mit Rücksicht auf die europäischen Reste aus dieser Familie. gr. Fol. Mit 27 lithogr. Tafeln. In Mappe. 18 Thlr.

W. Schütz, vergleichende statistische Uebersicht der in Berlin in den vier Epidemieen 1831, 1832, 1837 und 1848 vorgekommenen Cholerafälle nach den Wohnungen der Erkrankten aus amtlichen Listen zusammengestellt und erläutert. Nebst einem Grundrifs von Berlin. Geh. 1 Thlr. 10 Sgr.

R. Virchow, die Einheitsbestrebungen in der wissenschaftl. Medicin. Geh. 10 Sgr.

Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe zu Berlin. I. bis III. Jahrgang. 4 Thlr. 22½ Sgr.

R. Remak, über ein selbständiges Darmnervensystem. Mit 2 Kupfertafeln. gr. Fol. Cart. 2 Thlr. 20 Sgr.

Sonnabend, № 2. 24. November 1849.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Preis vierteljährlich 2 Thlr., bis zum Schluss dieses Jahres 1 Thlr. Anzeigen werden mit 2 Sgr. für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Inhalt: Ueber spontane Durchlöcherung des Magens von Rapp. — Zur Behandlung des hitzigen Gelenk-Rheumatismus von Kersten. — Fall von Bauchschwangerschaft nebst Bemerkungen von Hohl. (Schluss.) — Die chirurgische Klinik zu Erlangen von Dr. Heyfelder. — Aus der Klinik von Jüngken (*Hernia pudendalis; Scirrhus mammae;* Fistelgeschwür am Unterschenkel). — Aus der Klinik von Hasse (Abführmittel gegen *Morbus Brightii*). — Miscellen von Göschen (Chloroform).

Beitrag zur Lichtung des Wesens der spontanen Durchlöcherung des Magens

von

Dr. Rapp aus Bamberg.

Vorgetragen am 19. Sept. 1849 zu Regensburg.

Eine der räthselhaftesten Krankheiten bleibt bis jetzt noch immer die spontane Durchlöcherung des Magens, und da nicht leicht ein Ort eine solche Anzahl von Fällen dieser bis jetzt in ihrem Wesen noch unergründbaren Krankheit aufzählen wird, als Bamberg, so sind gewiss grade von hier Mittheilungen darüber nicht uninteressant. Wir zählen in Bamberg in ohngefähr 10—14 Jahren 21 spontane Durchlöcherungen des Magens und einzelner Darmparthien. Die Vorläufer der Krankheit sind so unbemerkbar, dass die davon befallenen Patienten in der Regel heiter und munter ihrem Geschäfte nachgehen, weder psychisch noch physisch auch nur die unbedeutendste Missstimmung empfinden, weder einen Schmerz klagen, noch Appetitlosigkeit oder Verdauungsstörungen, weder Mattigkeit fühlen, noch gar Fieber-Symptome zeigen; sondern mit Einemmale fast wie vom Blitze getroffen empfinden sie die heftigsten Schmerzen im Unterleibe, es stellen sich alle Erscheinungen der Darmentzündung ein, von denen nur die des häufigen Erbrechens fehlen; alle gegen solche gebrauchten Mittel von der stärksten Antiphlogose bis zu dem heftigsten Narcoticis bleiben fruchtlos, und können die fast unerträglichen Schmerzen nicht einmal lindern. Schon nach wenigen Stunden tritt Marmorkälte der Extremitäten ein, und in der Regel sterben die Patienten nach 12 oder höchstens 36 Stunden bei vollstem Bewusstsein.

Einen Fall beobachteten wir, wo ein gesundes blühendes 18jähriges Mädchen eine Butte Wasser die Stiege hinauftrug, dieselbe vom Rüken absetzte, mit einem Schrei des Schmerzes in das nahe gelegene Zimmer stürzte, und todt zur Erde niederfiel. Von ihr konnte man mit Bestimmtheit sagen, dass sie vorher nicht eine Minute krank gewesen war, und die Sektion ergab ein wie von einer Kugel herrührendes Loch in der unteren Curvatur des Magens.

Die Sektion ergab nun in diesen 21 Fällen jedesmal in der Beziehung dasselbe Resultat, dass sich in den meisten Fällen im Magen an der unteren Curvatur in der Nähe des Pylorus, in den wenigsten im Dünndarme Löcher vorfanden, im Magen selten mehr als eines, im Darme mehrere. Diese Löcher sind aber verschieden. In den meisten Fällen war die Schleimhaut des Magens nicht verändert, es fehlte jede Farbenveränderung, jede Aufwulstung der Ränder, jede Gefässinjektion um die runde Oeffnung mit scharfen Rändern, offenbar von Innen nach Aussen entstanden. Nur selten zeigte sich eine leichte Umwulstung der durchlöcherten Stelle mit starker Gefässinjektion, so, dass man hier an ein vorausgegangenes Magengeschwür denken könnte, obwohl alle Erscheinungen dafür fehlten. Aus diesen Löchern treten nun die mehr oder weniger flüssigen Contenta des Magens, verbreiten sich über die Oberfläche der Darmparthien, und erzeugen hier eine eigenthümliche Exsudativentzündung, mit namenlosesten Schmerzen und äusserst rascher Erzeugung einer Unmasse von eiterigem Exsudat, welches die einzelnen Darmparthien und das Bauchfell, so wie die übrigen Unterleibsorgane überzieht und förmlich zusammenklebt. Es trommelt sich dann der Leib enorm hoch auf, Stühle sind auf keine Weise mehr zu erzielen, und die Lähmung des Darmes führt bald zum sicheren Tod, bei welchem der Arzt als rathloser Zuschauer die beklagenswertheste Rolle spielt.

Der letzte, mir vor wenigen Wochen zur Behandlung gekommene Fall ist der einzige von allen beobachteten, wo doch eine 4tägige Krankheit vorausging und wo zur Noth auch noch Causalmomente zu ermitteln waren. Es war am 19. Juni des Nachmittags, als ich zu einem 11jährigen Bürgerssohne dahier gerufen wurde. Bei meinem Eintritte in das Zimmer fiel mir schon das Aussehen des sonst jugendlichen frischen Knaben auf, ich glaubte für den ersten Augenblick einen Sterbenden vor mir zu haben; es war die Nase zugespitzt und scheinbar verlängert, die Augen in die Höhlen zurückgedrängt und mit blauen Ringen versehen, das Gesicht schien länger gezogen mit dem Ausdrucke der Angst und des Schmerzes, die Gesichtsfarbe selbst war erdfahl, und kalter Schweiss stand auf der Stirne. Der Kranke klagte über heftige Schmerzen in der Gegend des Nabels und einen Druck in der Magengegend. Ein angewandter Druck auf den Unterleib und Magen vermehrte den Schmerz, seit wenigen Stunden hatte er 5—6 Mal wässerige schleimige Diarrhöe und es waren in diesen Excrementen sogar Blutstreifchen zu bemerken, nebstdem noch Tenesmus, der Fieberzustand war mässig, der Puls hatte 95 Schläge, war aber weich, nicht zusammengezogen und leicht dem Drucke weichend, der Durst gering, die Zunge zeigte leichten gastrischen Beleg, alle Sensorien waren vollkommen frei. Als Entstehungsursache wurde mir von den Angehörigen angegeben, dass der Junge sich mehrere unzeitige Aepfel vom Baume gehohlt und sie gegessen, nach diesen aber auch noch einen grossen Rettig verzehrt habe. Ich diagnosticirte nach diesen vorliegenden Erscheinungen einen Ruhr ähnlichen Zustand, verordnete Cataplasmata von Chamillenblumen, schleimig warmes Getränke, und liess zweistündlich ein Pulver reichen, aus $^1/_4$ Gran Calomel, $^1/_2$ Gran *rad. ipecac.* und $^1/_4$ Gran Opium. Des anderen Tages erfuhr ich bei der Morgenvisite, dass die Diarrhöe nachgelassen, der Knabe, seit ich ihn gestern verlassen, kein Abweichen mehr gehabt, und auch keinen Stuhlzwang mehr geklagt habe, der Knabe habe des Nachts mehrere Stunden geschlafen, und sei mit seinem jetzigen Zustande sehr zufrieden. Bei der Untersuchung fand ich nun, dass der Unterleib bei tiefem Druck nur mässig schmerzhaft war, der Zungenbeleg hatte sich noch nicht verloren, auch klagte Patient noch den Druck im Magen, jedoch im minderen Grade, beschrieb aber eine gewisse Völle im Unterleibe, so, dass er glaube, noch viel aus demselben entleeren zu müssen, das Fieber war fast gänzlich verschwunden, der Puls hatte 85 Schläge, die Hautwärme war normal, die Haut selbst duftend, selbst das Gesicht hatte sich mehr componirt, nur waren die Augen matt, noch zurückgedrängt, und die blauen Ringe um dieselben entstellten den Knaben sehr. Ich glaubte nun in dem beschriebenen Gefühle des Knaben die Indication zu meinem ferneren therapeutischen Verfahren finden zu müssen, und verordnete einmal zur Einhüllung des Darmes selbst und zur wünschenswerth mässigen Entleerung desselben *Oleum Ricini* stündlich einen Esslöffel voll. Es erfolgten auch hierauf während des Tages mehrere breiartige Stühle ohne Beimischung von Blut, und der Zustand des Patienten besserte sich von Stunde zu Stunde, so dass ich am 22. Juli bei meinem Abendbesuche denselben als Reconvalescenten erklären konnte. Er war nämlich vollkommen fieberlos, seine Gesichtszüge waren componirt, er sah frei und heiter aus, versicherte mir mit grosser Freude, dass er sich ganz wohl und gar keinen Schmerz mehr fühle, ich konnte den Unterleib mit beiden Händen förmlich kneten, ohne auch nur den geringsten Schmerz zu verursachen. Patient war mit seiner Suppe allein nicht mehr zufrieden, so, dass ich ihm ein weich gesottenes Ei erlaubte, und der Junge sprach schon mit frohem Herzen vom Aufstehen und baldigem Schul-

besuche. Den 23. Juli Morgens 6 Uhr wurde ich eiligst zu meinem Kranken gerufen, die Scene hatte sich auf eine fürchterliche Weise geändert.

Ich erfuhr, dass der Knabe eine gute Nacht gehabt, und bis Morgens 3 Uhr fast ununterbrochen geschlafen habe. Gegen 3 Uhr sei er mit grossem Gestöhne erwacht, und von diesem Augenblicke an hätten sich die fürchterlichsten Schmerzen von Minute zu Minute gesteigert, man hätte ihm zwar warme Ueberschläge gemacht und heissen Chamillenthee trinken lassen, allein alles umsonst. Die von mir angestellte Untersuchung überzeugte mich leider nur zu bald, dass ich es nun zwar mit einer heftigen Peritonitis zu thun hätte, allein mit jener trostlosen, die von der Durchlöcherung des Magens ihre Entstehung datirt. Der Kranke hatte *Facies hipocratica*, kühle Hauttemperatur, kleinen zusammengezogenen schnellen Puls, Druck im Magen mit Brechneigung, ohne dass es zum Erbrechen kam, unlöschlichen Durst und Verlangen nach kalten Getränken, aufgetriebenen Leib, äusserst schmerzhaft bei der Berührung, kaum die leichteste Decke vertragend, beständig namenlosen Schmerz über den ganzen Unterleib, was er durch anhaltendes lautes Jammern und Zähnknirschen zu erkennen gab, filzigen Zungenbeleg, Drang zum Stuhle, ohne entleeren zu können.

Obwohl mit mir einig, dass auch hier, wie in allen früher beobachteten Fällen jede Kunsthülfe fruchtlos sei, machte ich den strengsten antiphlogistischen Heilapparat durch, allein, wie erwartet, blieben Blutentziehungen, Cataplasmata, Rubefacientien, warme Bäder, Klystiere, Calomel, Rizinusoel etc. ohne allen Erfolg, *et mi hercle Opium non sedat* auch durch die kräftigsten Narcoticis konnte ich nicht einmal die unbedeutendste Linderung der Schmerzen herbeiführen. Erbrochen wurde nur, wenn der Magen ob des quälenden Durstes durch Flüssigkeiten überfüllt war, Darmausleerungen waren nicht zu erzielen, die Epidermis wurde immer kühler, der Bauch trommelte sich immer mehr auf, und es begannen bereits die Symptome der eintretenden Lähmung, bis der 24. Juli des Nachmittags halb zwei Uhr der Tod den bis zum letzten Augenblicke bei vollem Bewusstsein leidenden Kranken von seinem Schmerze befreite.

Des anderen Tages Morgens 11 Uhr nahm ich die Section vor.

Die Gesichtszüge waren im Tode mehr als im Leben componirt, das Abdomen enorm durch Flüssigkeit und Gasentwicklung aufgetrieben, die Bauchdecken in ihrer ganzen Ausdehnung bläulich-livid gefärbt und von bereits eingetretener Zersetzung zeugend. Aus Mund und Nase war schaumige, fast jauchigte Flüssigkeit ausgetreten. Die Eröffnung des Kopfes und Untersuchung des Gehirnes zeigte durchaus nichts Abnormes. Bei dem Einschnitte in die Bauchhöhle stürzte uns sogleich eine grosse Quantität dünnflüssigen eiterigen Exsudats entgegen, welches nach vollkommener Eröffnung der Bauchhöhle dieselbe in ihrem ganzen Umfange ausfüllte, mit diesem flüssigen Exsudate waren offenbar frühere Contenta des Magens vermischt, und eben so grössere Fetzen eiterigen Exsudats, die in der Flüssigkeit schwammen, oder auch auf den einzelnen Unterleibsorganen fest sassen, und das Bauchfell und die einzelnen Darmparthien aneinander geklebt hatten, so, dass einzelne Stücke derselben wie Membranen mit der Pinzette abgezogen werden konnten. Wie bereits erwähnt, schon die in das Exsudat gemischten Contenta des Magens mussten meine Vermuthung, dass eine Durchlöcherung des Magens statt gefunden habe, bestätigen, und so fand sich denn auch wirklich an der unteren Curvatur des Magens in der Nähe des Pylorus ein kreisrundes Loch in der Grösse eines Kreuzers. Aeusserlich sah man an der Serosa des Magens keine Farbveränderung, keine Aufwulstung und keine Gefässinjektion. Der Magen war zusammengefallen, der grösste Theil seiner früher erhaltenen Flüssigkeit war durch das Loch entleert, und gerade in der Nähe dieses Loches und der zunächst gelegenen Darmparthien war am wenigsten Exsudat zu sehen, am meisten oberhalb des Dünn- und Dickdarmes, zwischen Bauchfell und Darm. Der Darm selbst war durchaus weiss, keine Spur von Entzündung, Röthe oder gar Gangrän, sondern lediglich mit dem oft beregten Exsudate überzogen. Das Bauchfell hingegen war nach seiner ganzen Ausdehnung verdichtet, mehr oder weniger geröthet, und durch das Exsudat mit den unten liegenden Unterleibsorganen so fest verklebt, dass man es schon mit etwas Kraftanwendung von demselben abziehen musste. Nachdem der Magen aufgeschnitten, zeigte sich abweichend von allen früher beobachteten Fällen, um das Loch eine kleine ohngefähr zwei Linien breite Aufwulstung mit Gefässinjektion, jedoch waren die Ränder des Loches selbst nicht zerfressen, sondern waren scharf und bildeten ein kreisrundes Loch, jedoch so, dass man genau erkennen konnte, dass das Loch von innen nach aussen sich gebildet hatte. Die übrige Schleimhaut des Magens war durchaus unverändert, eben so zeigte der ganze Tractus des Darmes nach seiner Länge aufgeschnitten nirgends auf der Schleimhaut eine krankhafte Veränderung, eben so wenig die übrigen Unterleibsorgane.

Es bleibt somit auch in diesem Falle unbestritten, dass das Loch im Magen ebenfalls plötzlich und zwar in der Nacht vom 23. auf den 24. Juli entstanden ist, und bleibt nur abweichend von den übrigen Fällen, dass hier eine 5 Tage lang dauernde Unterleibskrankheit vorausgegangen, und dass an dem Loche selbst eine geröthete Aufwulstung wahrzunehmen war, die in allen übrigen Fällen fehlte, so, dass man in diesem Falle mit Recht an vorausgegangene Geschwürbildung und hierdurch erfolgte Durchlöcherung des Magens denken konnte. Allein, frage ich, berechtigen die oben aufgeführten Krankheitssymptome zur Annahme einer Magenentzündung mit Geschwürbildung, und angenommen, es wäre eine solche vorhanden gewesen, ist es möglich, dass alle drohende Symptome binnen 3 Tagen fast gänzlich verschwinden, und am Abende des 4ten Tages der Kranke so ist, dass er als Reconvalescent erklärt werden kann, er ein förmliches Kneten des Leibes und Magens verträgt, alle entzündlichen und gastrischen Erscheinungen verschwunden sind, der Kranke, heiter und froh, sogar Esslust zeigt, und dennoch das Geschwür in seiner Reife so fortschreiten kann, dass es in der Nacht des beginnenden 5 ten Tages die Häute des Magens durchfrisst, und ferner frage ich, ist es möglich, dass nach einem vorhergegangenen Geschwüre das Loch scharfe kreisrunde Ränder hat, und kein ausgefressenes Ansehen giebt. Ich für meinen Theil kann diese Fragen nicht bejahen, und zähle daher aus inniger Ueberzeugung auch diesen Fall der spontanen Durchlöcherung des Magens zu.

Einige Fälle sind uns bekannt, die hinsichtlich der vorbereitenden Ursachen einiges Licht in das Dunkel werfen können.

Es ist mir nämlich in mehreren Fällen von den Individuen, die an plötzlicher Durchlöcherung des Magens gestorben sind, und um deren Lebensverhältnisse ich mich genau erkundigte, mitgetheilt worden, dass sie trotz des scheinbar physischen und psychischen Wohlbefindens doch schon längere Zeit vorher ein schlechtes Aussehen gehabt hätten, was weniger von den mit ihnen täglich zusammen Lebenden, als von Fremden bemerkt und gegen die Angehörigen geäussert worden wäre. So hatte man bei einem Kirchendiener von 45 Jahren, kräftigen, regelmässigen Körperbaues, schon Monate lang vorher ein bedeutend verändertes namentlich chlorotisch blasses Aussehen beobachtet, obwohl er fortwährend heiter und munter war, bei vortrefflichem Appetite blieb, und noch am Abende vor seinem Tode 12 Maas Bier trank. Des Morgens entstand plötzlich das Loch in seinem Magen, und es traten bei ihm, wie bei allen, die bereits beschriebenen Erscheinungen der *Peritonitis exsudativa* ein, und in 12 Stunden war er eine Leiche. Bei der Section fand man das characteristische kreisrunde Loch in der Nähe des Pylorus, ohne alle weitere Veränderung des Magens und seiner Häute.

In einem weiteren Falle überstand eine Dienstmagd in einem Alter von 36 Jahren das Schleimfieber, wurde in der Reconvalescenz von einer Pleuritis befallen, die 3 mal Exsudation setzte, und als man sich der sichersten Hoffnung hingeben konnte, dass auch das letzte Exsudat aufgesaugt sei und die Kranke geheilt werde, starb sie eines plötzlichen Todes. Bei der Section fand man auf den Lungen die 3 fast scharf abgegränzten Exsudate, von welchen ein bedeutender Theil schon resorbirt war, und im Magen in der Nähe des Pylorus an der hinteren Wand ein Zwölfkreuzerstück grosses, und diesem gegenüber an der vorderen Wand ein Dreikreuzerstück grosses Loch.

Eine junge Frau von 28 Jahren, als Mädchen im hohen Grade chlorotisch, überstand ein 28 Tage durchlaufendes gefährliches Schleimfieber. Nach demselben trat eine sehr langwierige Reconvalescenz ein, aus welcher sich wieder ein nicht zu bezweifelnder chlorotischer Zustand herausbildete. Sie verstarb plötzlich an Perforation des Magens; bei ihr fand man den Magen in der Grösse eines Dreikreuzerstückes an der vorderen Wand, wie durchschossen. Das Loch hatte scharfe Ränder, zeigte nirgends eine Aufwulstung oder Gefäss-Injection, und merkwürdiger Weise war diesem Loche gerade gegenüber dasselbe Loch in dem Zwergfelle zu entdecken, so, dass die Contenta des Magens theilweise in der Brusthöhle zu finden waren.

Bei einer sehr gracil gebauten, früher chlorotisch jungen, nach 24 Stunden an Durchlöcherung des Magens verstorbenen Frau fand man neben dem gewöhnlichen Exsudate, die Contenta des Magens und der freien Bauchhöhle, der Querdamm war stark mit dem Magen und den übrigen annexen Theilen verwachsen, und war zu solcher Grösse ausgedehnt, dass man ihn im ersten Augenblicke für den Magen selbst halten konnte. Nach Durchschneidung des Magens fand man an der hinteren Wand desselben, etwa gleich weit entfernt von den Höhepunkten der grossen und kleinen Curvatur, bei einem allem Anscheine nach gesunden Gewebe genannten Organes, mit Ausnahme der bereits erwähnten Verwachsung und des entzündlichen Ergusses auf der Fläche desselben, eine gleichmässig runde Oeffnung von etwa 3—4‴ Durchmesser. Die Ränder dieser kreisrunden Oeffnung waren genau abgegränzt, weder wulstig noch scharf auslaufend, die Magenwand schien wie mit einem Locheisen durchschlagen oder von einer Kugel durchbohrt zu sein. In derselben Höhe der hinteren Magenwand ¾ Zoll von diesem Loche nach Innen, war der Prozess einer zweiten Durchlöcherung noch nicht

vollendet. Die innere oder Schleimhaut des Magens war an dieser Stelle bereits kreisförmig durchbohrt, und die Oeffnung hatte gleichen Durchmesser mit der oben erwähnten. Die Muskelhaut war gleichfalls kreisförmig durchbrochen, allein der Durchmesser dieser Oeffnung war um die Hälfte kleiner als der der ersten. Die seröse Haut war noch undurchlöchert, aber dünn wie Spinnengewebe, und zerriss bei der leisesten Berührung. Diese Haut bildete gleichsam den transparenten Mittelpunkt für die concentrischen Kreise, welche die Ränder der Schleim- und Muskelhaut bildeten, das Ganze sah einer Zielscheibe mit ihren Kreisen nicht unähnlich. Auch hier zeigte sich an den Geweben keine sichtlich pathologische Veränderung.

Diese hier aufgezählten Fälle, die mir durch die Güte meiner Collegen mitgetheilt, nicht von mir selbst beobachtet wurden, sprechen alle für einen mehr oder weniger anämischen Zustand der Befallenen, und es stimmen diese Beobachtungen mit den meinigen darin überein, dass auch bei allen den Kranken, die ich behandelte, genau zu eruiren war, dass sie kürzere oder längere Zeit vorher bei scheinbar vollkommenem physischen und psychischen Wohlbefinden dennoch alle ein schlechtes, blasses, gegen ihr früheres sehr auffallend abstechendes Aussehen hatten. Man wäre nun mit der Durchführung der Ansicht, dass die Anämie oder resp. Dysnämie die Grundursache der lokalen Durchlöcherung des Magens sei, nicht in Verlegenheit, wenn die Erfahrung nachwiese, dass nur chlorotische oder durch Krankheit geschwächte dem rasch tödtenden Krankheitsprocesse erlägen. Allein ich zähle unter meinen Erfahrungen 3 in den besten kräftigsten Lebensjahren stehende Männer, von denen Einer sogar bei einer herkulischen Gestalt als grosser Fresser bekannt war, bei allen diesen 3 aber auch wurde von den Angehörigen mir fast gleichlautend mitgetheilt, dass sie schon längere Zeit auffallend blass und übel ausgesehen hätten, da sie sich aber dabei vollkommen wohl befunden hätten, so hätte man keine Veranlassung genommen, mich zu Rathe zu ziehen.

Dass es ein spezifischer Krankheitsprocess ist, der mit dem Blut und Nervenleben in nächster Beziehung steht, beweisen wohl die Beobachtungen, dass nicht einmal eine vollkommene Durchlöcherung des Magens absolut nothwendig ist, um den plötzlichen Tod herbeizuführen, wie ich mich selbst in einem Falle mit meinem früheren Collegen, dem jetzigen Prof. Dr. Siebert zu Jena, überzeugte, wo wir es so bei einem 17jährigen chlorotischen Mädchen, die nach dem Genusse eines Butterbrodes plötzlich zu Boden sank, und nach einer halben Stunde verschied, fanden. Bei der Section fanden sich 2 kreisrunde Stellen von der Grösse eines Silbergroschens an der inneren Oberfläche der vorderen Magenwand in der Nähe des Pylorus, wie Fingereindrücke, die wir als die alleinige Todesursache anerkennen mussten; diese kreisrunden Stellen waren lediglich der Magenschleimhaut beraubt und hatten einen glatten lividen Rand.

Siebert knüpft an diesen Fall, den er in den Schmidt-Göschenschen Jahrbüchern, Jahrg. 1843 Bd. 37 p. 175 mittheilt, die Ansicht, dass die Durchlöcherung des Magens nur der Reflex eines intensiveren Leidens eines Centralorgans sei, welches hier sich zerstörend äussere, und zieht namentlich in das Bereich dieser Ansicht die charakteristische Beobachtung, dass alle, die an Magendurchlöcherung starben, im hohen Grade über Rückenschmerz klagen, daher er die nächste Ursache der Magendurchlöcherung in einem Rückenmarksleiden, namentlich theilweiser Erweichung desselben, finden will. Allein ich kann ihm hierin nicht beistimmen, denn so sorgfältig ich auch alle meine Sektionen der an Durchlöcherung des Magens Verstorbenen vornahm, ich konnte nie im Hirne oder Rückenmark eine besondere krankhafte Veränderung entdecken, und wie leicht man sich bei Rückenmarksuntersuchungen oft gerne täuscht, um nur etwas aufzufinden, ist, glaube ich, nur zu bekannt.

Dr. Schild in Neuwied spricht von einem Falle, den er in den Schmidt-Göschen'schen Jahrb. 1844 No. 11 p. 185 beschreibt, und wo er in der Nähe des Pylorus nach vorne ein rundes, wie mit einem eisernen Durchschlag erzeugtes Loch gefunden hatte, seine Ansicht dahin aus, es sei wohl am wahrscheinlichsten, dass eine unter der Oberfläche der Schleimhaut sich bildende Pustel, oder hypertrophisch gewordene Drüse in Vereiterung übergehe, die Magenhäute zerstört, denn so liesse sich am besten die runde Form der Perforation erklären, so wie die geringe Empfindlichkeit und das scheinbare Wohlbefinden.

Allein auch diese Ansicht lässt sich nicht durchführen; denn, wer einmal einen Kranken an einem Magengeschwür behandelt hat, dem jedesmal nothwendiger Weise, wenn auch noch so beschränkte Magenentzündung vorausgehen muss, der wird nicht zugeben können, dass ohne alle vorausgegangenen Krankheitserscheinungen, ohne Schmerz, ohne Fieber, ohne Appetitlosigkeit und Verdauungsstörung ein solches Geschwür sich heran bilden, zur Reife kommen, und den Magen durchbrechen könne. Bedenke man doch das empfindliche Gebilde des Magens. Bedenke man dieses Centralorgan des ganzen Verdauungsapparates, diesen Tyrannen der ganzen thierischen Maschine, und ein sich hier bildendes Geschwür soll so spurlos an der Empfindlichkeit und der unermüdlichen Thätigkeit dieses Organs vorübergehen?

Ich muss solches für unmöglich halten. Ueberhaupt hat man bei Beurtheilung der spontanen Perforation des Magens immer dadurch am meisten gefehlt, dass man sie mit anderen Magenkrankheiten verwechselte, oder in das Bereich derselben doch hereinzog. Diese Krankheitsform steht aber nach meiner Ansicht einzig in ihrer Art da, sie hat so wenig mit der Magenentzündung und Geschwürbildung, als wie mit dem Magenscirrhus und mit der Magenerweichung zu schaffen, obwohl sie der letzten noch am nächsten stehen möchte.

Nun möchte es freilich schwer fallen, nachdem man alle vorausgegangenen Krankheitsprocesse und selbst Verwandtschaft mit denselben in Abrede stellt, eine Grundursache für dieses plötzliche, dem Leben so kurze Gränzen setzende Uebel aufzufinden. Sehr nahe möchte liegen, diese spontane Durchlöcherung des Magens einem electrischen Processe zuzuschreiben, aber leider sind wir über die Wirkung des electrischen Stromes auf den thierischen Organismus und noch mehr auf die einzelnen Theile desselben in unserer Wissenschaft so arm, dass sich hierüber mit Bestimmtheit nichts behaupten lässt, und es wäre vor Allem durch Versuche an Thieren zu ermitteln, ob ein electrischer Strom in eine geschlossene Höhle des lebenden Körpers geleitet, dort plötzlichen Tod des ganzen Organismus und Durchlöcherung der Häute dieser Höhle bewirken kann? allein selbst dann, wenn dieses Experiment gelingen sollte, so müsste erst der electrische Funke noch nachgewiesen werden, ohne welchen, so weit unsere Erfahrung reicht, eine solche Wirkung unmöglich wäre.

Von der Wirkung des electrischen Stromes auf die Schleimhaut des lebenden Organismus wissen wir bis jetzt nur, dass er eine auffallend rasche Verdunstung zu Folge hat, allein damit ist im gegebenen Fall wenig gedient.

Wäre diess übrigens die einzige Ursache der Durchlöcherung des Magens, dann läge die Therapie ausser unserem Bereiche, und es wäre ein gewöhnliches Ungefähr, gerade als wenn ein Ziegel vom Dache fällt und den Menschen erschlägt.

Eine weitere und rationellere Gründe für sich habende Ansicht wäre die spontane Durchlöcherung des Magens als localen Reflex eines kakochymischen Processes anzusprechen. Es führt vor Allem zu dieser Ansicht die Erfahrung, dass alle an spontaner Durchlöcherung Verstorbene längere Zeit vorher von ihrer Umgebung als schlecht aussehend bezeichnet werden, ohne jedoch eine besondere physische oder psychische Störung nachweisen zu können, und es wäre dieses ein der Chlorosis ähnlicher Zustand, der aber nicht in der eigenthümlichen Mischung des Blutes seinen Grund allein hätte, sondern nebst dieser auch schon in einer Veränderung der die Blutbereitung mit bedingenden Säfte des Verdauungsapparates.

Es wäre diess allerdings eine Annäherung an frühere ältere Erklärungsweisen, die die Ursache der Durchlöcherung in einer eigenthümlichen Magensäure oder Schärfe der Schleimhautsecrete des Magens finden wollen, ohne jedoch diese Säure oder Schärfe und deren somit rein chemisch zerstörende Wirkung nachweisen zu können. Es ist diese Erklärungsweise zu materiell und kann desswegen ohne beweisende chemische Demonstration nicht als stichhaltig anerkannt werden. Wohl aber lässt sich mit grosser Wahrscheinlichkeit darthun, dass die Durchlöcherung des Magens ein rein dynamischer Process in folgender Weise vor sich geht:

Es vermögen die zu der Verdauung vom Magen abgegebenen Säfte in einer krankhaften Entmischung dem Magen selbst und seinen Gefässen nicht mehr die Stoffe zuzuführen, die zu seiner ungestörten Function und seinem Fortbestehen nöthig sind, welcher Process aber nicht allein im Magen, sondern gewiss im ganzen Darmkanale vor sich geht, zunächst aber in dem Repräsentanten des ganzen *tractus intestinorum* seine zerstörende Wirkung, wenn auch auf die beschränkteste Stelle ausübt, es möchten diese veränderten Secrete der Schleimhaut und ihre eigenthümlich zerstörende Wirkung auf einen beschränkten Theil zunächst in gestörter oder theilweise gänzlich gehemmter Innervation ihren wahren Grund haben. Dass diesem Processe eine Entmischung des Blutes, wie bei der Chlorose, vorhergeht, ist wohl nicht zu bezweifeln, weil nur aus ihr die Kakochymie im Magen und Darme selbst erklärt werden kann. Es wäre nach dieser Ansicht für den Therapeuten vor Allem nothwendig, auf solche, selbst oft erst beginnenden der Chlorosis ähnliche Zustände grosse Aufmerksamkeit zu verwenden, da nur durch Bekämpfung dieser die Therapie gegen die freiwillige Durchlöcherung des Magens etwas auszurichten vermag, und es wären somit die Roborantien mit Eisenpräparaten an der Spitze die Heilmittel gegen die die freiwillige Durchlöcherung des Magens vorbereitende Krankheit, denn gegen sie selbst, wenn sie einmal gesetzt, kann es kein Heilmittel mehr geben.

Beiträge zur Behandlung des hitzigen Gelenk-Rheumatismus

von

Sanitätsrath Dr. Kersten,

Dirigenten des Krankenhauses zu Magdeburg.

I. Ueber die Behandlung des hitzigen Gelenk-Rheumatismus mit Opium in steigenden Gaben.

In vielfacher Hinsicht hat bekanntlich der hitzige Gelenk-Rheumatismus von jeher, besonders aber in den letzten Decennien, die Aerzte beschäftigt; man hat sich eifrigst bestrebt, über seine Natur, über das Zusammentreffen mit Entzündung des inneren oder äusseren Herzüberzuges, vor allen Dingen aber über seine Behandlung zu bestimmten Resultaten zu gelangen. Die fast täglich neu auftauchende Empfehlung anderer Mittel und Methoden, die oft gerade im vollsten Maasse sich entgegenstehen, beweisen aber zur Genüge, dass wir noch lange nicht dem gewünschten Ziele uns genähert, noch weniger dasselbe schon erreicht haben.

Es versteht sich von selbst, dass die Behandlung einer Krankheit mit der Ansicht über das Wesen derselben Hand in Hand gehen muss, dass demnach also auch bei dem hitzigen Gelenk-Rheumatismus die Bestimmung des Wesens die Behandlung regeln soll. Von den meisten Schriftstellern wird derselbe nun als eine modificirte Entzündung betrachtet, und es sind demnach die meisten Verfahrungsarten gegen ihn darauf basirt, das zu hoch gesteigerte Wirkungsvermögen herabzustimmen unter gehöriger Berücksichtigung der rheumatischen Modification, und zwar allgemein im ganzen Körper, wenn das Fieber einen hypersthenischen Charakter hat, oder wenigstens örtlich, wenn das ergriffene Gelenk die Symptome der Entzündung in ausgebildetem Grade zeigt. In grösster Allgemeinheit hingestellt, ist nun aber diese Ansicht keineswegs richtig; sie ist es ohne Zweifel nur für die Fälle, wo eben die Entzündung im ganzen Körper oder im ergriffenen Gelenke deutlich durch die bekannten Symptome ausgesprochen ist, und da passt allerdings auch ein den Umständen nach modificirtes, mehr oder weniger kräftiges, antiphlogistisches Verfahren; dagegen sind nun aber auch andere Fälle von hitzigem Gelenk-Rheumatismus, — und fast könnte man behaupten, dass sie die Mehrzahl bilden — wo diese Phlogose nicht so klar zu Tage liegt, wo sie gar nicht so bestimmt vorhanden ist, wo mehr ein erethischer, ein nervöser Charakter obwaltet, und für diese passt ohne Zweifel die Behandlung mit starken Antiphlogisticis durchaus nicht, für sie sind die Narcotica u. s. w. angezeigt. Die Anpreisung der starken allgemeinen und örtlichen Blutentziehungen, des Nitrum in grossen Dosen, des *Tartarus stibiatus* in gebrochenen Dosen ist daher eben so, wie die des Aconits, des Opium, des Colchicum, des Chinin u. s. w. auf genau bestimmte Fälle zu beschränken, und aus der Nichtbeachtung dieser Unterschiede, und aus der Idee, dass alle vorkommenden Krankheitsfälle dem einzelnen gerühmten Verfahren angepasst werden sollen, entstand die traurige Erscheinung, dass dieselben Behandlungsmethoden von dem Einen als die untrüglichsten und daher besten dargestellt, von dem Andern dagegen wohl als unwirksame, als schädliche verschrieen wurden. — Fast auf gleiche Weise ist es dem Verfahren ergangen, welches Corrigan gegen den hitzigen Gelenk-Rheumatismus empfohlen hat; von ihm selbst zu unbedingt gegen alle Formen dieser Krankheit gerühmt, ist es von Anderen dagegen gänzlich verworfen, selbst *a priori* verdächtigt; dies ist aber gewiss nur nach angeblichen theoretischen Gründen geschehen, welche die Aerzte sich nach ihrer Ansicht über das Wesen der Krankheit gebildet haben, und nicht nach richtig angestellten Versuchen, wie sie nicht von einer blinden Nachahmungssucht, sondern von freier Ueberlegung und darauf gegründeter Handlungsweise bedingt werden. Denn unter gehöriger Berücksichtigung der nothwendigen Einschränkungen wird diese Methode, den acuten Rheumatismus der Gelenke zu behandeln, einen jeden Arzt nicht nur durchaus befriedigen, sondern geradezu sich bei ihm so beliebt machen, dass er für diese bestimmten Fälle alsdann keine andere Behandlungsweise wieder einschlägt. Auf diese näheren Umstände und Einschränkungen genauer aufmerksam zu machen, unter denen die Methode: das Opium in steigenden und grossen Dosen gegen den hitzigen Gelenk-Rheumatismus zu verabreichen, angewendet werden muss, wenn sie für den Patienten und selbst für den Arzt hülfs- und segensreich wirken soll, ist der Zweck gegenwärtiger Zeilen.

Corrigan*) giebt als wichtigste Regel für die Anwendung des Opium bei acutem Rheumatismus an, „dass man dasselbe in vollen und hinreichenden Gaben in Gebrauch zieht; wer nur 1 Gran alle 4—6 Stunden reicht, schadet dem Kranken eher, als dass er ihm hilft, indem er ihn nur der reizenden Wirkung des Mittels aussetzt. Der Arzt muss daher mit der Gabe steigen, und erst dann ist die passende erreicht, wenn der Kranke sich erleichtert und ziemlich wohl fühlt, ohne gerade schon viel zu schlafen; er muss ferner bei dieser letzten Dosis bleiben, wenn die Krankheit stetig dabei abnimmt und die Convalescenz eintritt; gewöhnlich werden dazu 10—12 Gran in 24 Stunden hinreichen. Das Mittel wird von allen Kranken gut vertragen, selbst der Kopf wird dabei nicht durch die grosse Quantität von Opium eingenommen, wenn auch der Kranke zu Kopfaffectionen sonst disponirt ist, und dies spricht besonders noch für die Zweckmässigkeit des Mittels. Eben so ist es auch selten nöthig, dem Kranken besondere Abführmittel dabei zu reichen, im Gegentheil, es tritt wohl sogar ein heftiger Durchfall bei den grossen Gaben ein, der bisweilen Stärkeklystiere und stärkere Adstringentia erheischt.

Während also früher das Opium, und besonders das Morphium, gegen den *Rheumatismus acutus* in kleineren und sich gleichbleibenden Dosen vielfältig angewendet ist und noch gebraucht wird, hat die Methode Corrigan's das Eigenthümliche, dass das Opium in regelmässig steigenden und endlich in verhältnissmässig grossen Dosen dargereicht wird, eine Verfahrungsweise, die ohne Zweifel auch dem Uebel in vielen Fällen vollkommen angemessen ist, weil bei der oft so ausserordentlich grossen Schmerzhaftigkeit desselben auch eine grosse Dosis zu deren Stillung erfordert wird, auf welche der Körper des Patienten erst allmälig vorbereitet werden muss.

Corrigan empfiehlt aber, wie schon oben bemerkt, das Verfahren in allen Fällen des *Rheumatismus acutus*, und rühmt von ihm namentlich, dass es nicht nur viel schneller und sicherer Heilung schaffe, als das Verfahren von Bouillaud durch die Blutentziehungen Schlag auf Schlag, sondern dass es auch die beim Gelenk-Rheumatismus so häufig vorkommende Endo- oder Pericarditis verhüte, ja dass es in dieser Hinsicht allen anderen Behandlungsweisen vorstehe. In dieser letzteren Hinsicht möchte indessen Corrigan's Behauptung wohl zu weit gehen, und die Verhütung der Entzündungen seröser Häute, die so häufig beim hitzigen Gelenk-Rheumatismus vorkommen, nicht so sicher erzielt werden. Noch mehr ist es nun aber zu beachten, ob das Verfahren bei schon wirklich ausgebildeter Entzündung seröser Häute in Anwendung gesetzt werden kann. Denn nicht immer stellen sich die Kranken in den ersten Tagen ihrer Krankheit zur Behandlung; oft ist schon das Pericardium, das Endocardium, die Pleura u. s. w. in den Bereich der Krankheit gezogen, oder wenn auch kein örtliches Mitleiden weiter beobachtet wird, so ist oft ein heftiges sthenisches Fieber ausgebildet, wenn die Kranken erst Hülfe suchen; soll auch da die Opiumkur angewendet werden? Nein! Die Kur passt nur, wo kein allgemein oder örtlich zu hoch gesteigerter entzündlicher Zustand vorhanden ist; und wo irgend die Furcht obwaltet, dass Endo- oder Pericarditis, dass Pleuritis u. s. w. vorhanden wären, da ist sie durchaus zu meiden. Vor ihrer Anwendung muss man daher sich ja erst durch die Percussions-Auscultation, durch die übrigen physikalischen Explorationsmethoden und durch das Fehlen der anderen Symptome vergewissern, dass kein entzündlicher Process offen vorhanden ist oder im Verborgenen lauert.

Sobald also die Percussion der Herzgegend einen matten oder dumpfen Ton in grösserem Umfange als im normalen Zustande zeigt, und durch das Anschlagen auf den Brustkasten selbst mit dem Plessimeter an dieser Stelle ein Schmerz hervorgerufen wird, sobald bei der Auscultation die Herztöne undeutlicher, schwächer, gleichsam entfernter klingen, oder Blasegeräusch wahrgenommen wird, sobald wohl eine Verwölbung der Herzgegend sich zeigt, und der Herzschlag selbst durch die aufgelegte Hand wenig oder gar nicht fühlbar, oder umgekehrt heftig in weiterer Verbreitung wahrnehmbar ist und die Brust in grösserem Umfange erschüttert, zuweilen wohl mit Katzenschwirren verbunden erscheint, und er sehr beschleunigt ist und mit dem Pulse im Missverhältniss steht; der Puls bald unregelmässig klein, ungleich aussetzend, bald regelmässig voll, härtlich gefühlt wird, sobald diese Erscheinungen dauernd vorhanden sind und sobald daneben Beängstigung des Athemholens, Unruhe, Ohnmachten, Sinnestäuschungen u. dgl. beobachtet werden, dann darf die Opiumkur nicht in Anwendung gebracht werden, dann ist Pericarditis oder Endocarditis vorhanden. Eben so wenig darf sie aber gebraucht werden, wo bei dem Fehlen der örtlichen Herzerscheinungen doch ein hypersthenisches Fieber, — also in einem jungen kräftigen Subjecte nach bedeutendem Froste anhaltende intensive Hitze, mässig beschleunigter harter Puls, heftiger Durst, trockene Haut u. s. w. — und kein blosses Reizungsfieber beobachtet wird, wobei dann auch gewöhnlich gleichzeitig die afficirten Gelenke die sämmtlichen Symptome der Entzündung in höherem Grade zeigen. Endlich passt sie nicht, wenn noch etwa starke gastrische Unreinigkeiten vorhanden sind; in diesen Fällen greift man also zweckmässiger zu andern Mitteln und Methoden, und kann erst nach Beseitigung der angegebenen Complicationen zum Opium übergehen.

Hiernach wird es nun hoffentlich für einen Jeden leicht sein, sich

*) Dublin Journ. Nov. 1839.

die Fälle zu abstrahiren, wo das Opium in steigender und grosser Dosis angewendet werden kann, und es braucht wenigstens nicht ausführlich noch davon die Rede zu sein.

Ist die Krankheit erst kürzlich, aber doch in bedeutendem Grade, ausgebrochen, sind die ergriffenen Gelenke zwar geschwollen, aber nicht sehr prall, sondern mehr weich und ödematös, ohne besonders auffallende Hautröthung, ist dagegen der Schmerz sehr bedeutend und steigert er sich noch unverhältnissmässig mehr bei Versuchen, die Gelenke zu bewegen, oder bei äusserem Druck, ist die Hitze ungemein gross, ist völlige Schlaflosigkeit vorhanden, hat das Fieber den gelind synochischen oder den erethischen Charakter, ist kein *Status gastricus* zugegen, und fehlen sicher die Zeichen der inneren Entzündungen, dann kann unbedenklich die Opiumkur in Gebrauch gezogen werden. Es versteht sich auch von selbst, dass die bei dem Gelenk-Rheumatismus zuweilen wohl vorkommenden nervösen Affectionen des Herzens, die besonders sich durch das Fehlen der oben angedeuteten durch Percussion und Auscultation wahrnehmbaren Symptome von der Entzündung des sero-fibrösen inneren und äusseren Herzüberzuges unterscheiden, nicht nur von der Darreichung des fraglichen Mittels nicht abhalten, sondern dass sie im Gegentheil gerade dazu recht besonders auffordern.

Unter diesen angeführten Cautelen habe ich denn seit mehreren Jahren bei einer verhältnissmässig grossen Menge von Fällen, welche die Zahl von 50 wohl überschreiten möchte, das Opium in steigender Gabe verordnet, und dieses Verfahren fast bei jedesmaliger Anwendung immer lieber gewonnen.

Mein Verfahren selbst ist folgendes:

Ich verordne zuerst vier Pulver aus 1 Gran Opium und 10 Gran Zucker, und lasse alle drei Stunden ein solches Pulver verbrauchen. Je nach der geringeren oder grösseren Schmerzhaftigkeit, der Verbreitung des Uebels über einige oder viele Gelenke, der Reizbarkeit des Individuums, des weniger oder mehr beschleunigten Pulses, steige ich dann um $\frac{1}{4}$ oder $\frac{1}{2}$ Gr. am folgenden Tage, so dass also $\frac{3}{4}$ oder $1\frac{1}{2}$ Gr. *p. dos.* alle drei Stunden gereicht werden; am dritten Tage wird in gleicher Progression, also zu $1\frac{1}{2}$ oder zu 2 Gran, vorgeschritten, und so fort, bis 3 Gran *p. dos.*, also in 24 Stunden 12 Gran erreicht sind. Höchst selten ist es nöthig gewesen, die 3 Gran noch um $\frac{1}{2}$ zu übersteigen. Ist einige Erleichterung eingetreten, kommt etwas Schlaf — was zuweilen schon bei 2 Gr. *p. dos.* eintritt, so wird das Mittel einige Tage in gleicher Dosis fortgegeben, bis die Höhe des Fiebers gänzlich überschritten ist, bis die Krisen sich einstellen, die Schmerzhaftigkeit völlig nachlässt, von diesem Zeitpunkt an wird in gleichem Verhältnisse, als die Steigerung stattfand, auch das Zurückgehen bewirkt, und so ist dann in circa 10—14 Tagen die Kur meistens so weit beendet, dass höchstens noch einige Rückbleibsel in den am meisten afficirt gewesenen Gelenken durch Einreibungen in einzelnen seltenen Fällen zu bekämpfen sind. Andere Mittel werden innerlich während dieser Kur nicht in Gebrauch gezogen, und Corrigentia u. dgl. sind durchaus nicht nöthig, weil keine üblen Einwirkungen des Opium von mir beobachtet sind, wie ich dies später noch näher angeben werde. Oertlich machen sich wohl nach den Umständen noch Blutentziehungen, oder Einreibungen des *Ungt. Hydrarg. ciner.*, so wie Einwickelungen mit Watte u. dgl. nöthig, je nachdem die Phlogisticität stark örtlich ausgesprochen ist, weniger heftig hervortritt, oder bloss ein erethischer Charakter sich zeigt.

Ausserdem, dass ich also nicht in allen Fällen von *Rheumatismus acutus articulorum* die Opiumkur anwende, wogegen sie Corrigan überall in Gebrauch gezogen wissen will, weicht mein Verfahren auch noch darin von dem seinigen ab, dass ich das Opium ganz rein gebe, und namentlich dass ich in den Gaben ein regelmässiges Steigen und eben solches Fallen beobachte, wovon bei ihm nicht die Rede ist. Dies letzte halte ich aber für ein Wesentliches bei der Kur, theils um nicht, wenn schon das Abnahmestadium eingetreten ist, unnöthigerweise zu grosse Dosen des Opium zu geben, theils um nicht etwa zu früh mit der Medication aufzuhören, und so den Patienten zu leicht einem Rückfalle auszusetzen.

Es fragt sich nun aber vor allen Dingen, ob denn auch die Vortheile, welche diese Methode darbieten soll, von der Art sind, dass sie die Darreichung von so grossen Gaben Opium rechtfertigen, denn mit vollem Recht ist zu verlangen, dass diese Vortheile auch ganz bedeutend sind, wenn man eben es wagen soll, in 24 Stunden 12 Gran — ja in einzelnen Fällen noch mehr — von dem Mittel zu geben. Sie sind es aber auch in Wirklichkeit.

Es ist oben besonderes Gewicht darauf gelegt, dass die Methode vorzüglich da passt, wo die Schmerzhaftigkeit vor Allem hervorsticht, wo ein erethischer Zustand — allgemein und örtlich — ausgesprochen ist; bei dieser grossen Empfindlichkeit kommt es nun vorzugsweise darauf an, den armen Patienten so rasch wie möglich einige Linderung zu verschaffen, die Schmerzen baldmöglichst zu beseitigen; und dies erreicht man durch unser Mittel ohne Zweifel am besten. Nach der Ausbreitung und Intensität des Uebels, also je nachdem viel oder weniger Gelenke ergriffen sind, ist wahrscheinlich auch die endliche Dosis grösser oder weniger stark erforderlich, die ganz grosse Dosis kann aber nicht ohne gehörige Vorbereitung dem Patienten gegeben werden, weil sie ihm alsdann Nachtheil bewirken könnte, und daher ist bei grösserer Intensität der Krankheit die Schmerztilgung zwar nicht so augenblicklich zu erwarten, immer aber geschieht sie bei diesem Mittel leichter und rascher, als bei irgend einem andern. Dabei tritt dann auch leichter Schlaf ein, ein Umstand, der von den Leidenden stets so sehr herbeigesehnt wird. Die Kur kürzt ferner offenbar den Verlauf der ganzen Krankheit ab, und dies ist durchaus ein höchst wesentlicher Vortheil; denn nicht bloss werden die Schmerzen früher gelindert, es werden auch die übrigen Krankheitssymptome, und damit die ganze Krankheit, rascher beseitigt; die Patienten genesen 10—14 Tage durchschnittlich früher, als bei den anderen Methoden. Da nun ferner keine anderen Mittel, namentlich keine schwächenden, innerlich mit dem Opium in Gebrauch gezogen werden, so sind auch die Kräfte der Patienten durch diese Kur nicht eben absorbirt, sie sind im Gegentheil möglichst geschont, die Reconvalescenz tritt also rascher ein, ist an sich kürzer, die Kranken haben nicht so viel Zeit zum Wiederersatz der Kräfte nöthig, weil sie nicht so viel verloren haben, die Krankheit wird also auch hierdurch bedeutend früher beendet; die Patienten werden ausserdem, wenn meine Behandlungsweise eingeschlagen wird, vor Recidiven mehr geschützt; sie haben schon während der Kur nicht solchen Verlust an Kräften und Säften gehabt, als bei anderen Verfahrungsarten, sie kehren daher auch nicht so geschwächt und gegen äussere Einflüsse empfindlich zu ihren Beschäftigungen zurück, während sonst wohl die leichteste Erkältung einen Rückfall bei ihnen veranlassen kann, oder sie überhaupt auch zu anderen Krankheiten eben durch die Schwäche mehr disponirt sind. Mir ist fast kein Rückfall nach dieser Kur vorgekommen. — Corrigan stimmt nun dieser Aufzählung der Vortheile in sofern bei, als er dieselben von seiner Methode ebenfalls rühmt, und fügt ihnen noch die Behauptung hinzu, dass das Opium den Ausbruch der Peri- oder Endocarditis verhüte. Das lässt sich aber wohl nicht so ganz unbedingt behaupten, obgleich es durch meine Erfahrung einigermaassen auch bestätigt zu werden scheint; denn bei den vielen Fällen, die ich mit Opium in steigender Dosis behandelt habe, ist mir freilich keine Complication von innerer Entzündung vorgekommen, aber ich habe auch keine hypersthenischen Fälle, bei denen sie sich vorzugsweise befürchten liessen, mit Opium behandelt; einen Fall, wo kurz nach der begonnenen Behandlung mit Opium pleuropneumonische Zufälle mit starkem Blutauswurfe sich einstellten, möchte ich mehr einer nicht präcis genug gestellten Diagnose aufbürden, weil wahrscheinlich schon vorher die Pleuropneumonie bestand, ehe zu unserem Mittel geschritten wurde. — Zu diesen vielfachen Vortheilen kommt nun noch endlich der, dass die Methode auch nach anderen Mitteln noch ganz gut und mit grossem Nutzen für den Patienten angewendet werden kann. Bestand anfänglich z. B. Hypersthenie, örtliche innere Entzündung oder *Status gastricus*, und sind diese durch die passenden Mittel beseitigt, so dass der Zustand hergestellt ist, wie er oben als zur Opiumkur passend angegeben wurde, dann kann man dreist in steigender Gabe das Mittel verordnen und wird dem Patienten einen grossen Dienst damit leisten. — Wenn irgend daher von einer Methode das *Tuto* und *Cito* gerühmt werden kann, so ist es von dieser, und auch das *Jucunde* kann allenfalls dieselbe für sich in Anspruch nehmen, denn vier Pulver auf den Tag zu verbrauchen, mit der Aussicht auf baldige Genesung, ist doch gerade keine zu grosse Plage für einen von Schmerzen so sehr gequälten Kranken.

Ohne Zweifel wäre es nun aber auch zu erwarten, dass durch die ungewöhnlich grossen Gaben von Opium doch leicht bedeutende Nachtheile mannigfacher Art bei den Patienten entstehen könnten, und dass also, wie auf der einen Seite für die Kranken Vortheilhaftes erzielt wird, auf der anderen ihnen Schaden zugefügt würde, wodurch dann offenbar das ganze Verfahren nicht zu loben, wohl geradezu völlig zu verwerfen wäre; und dies mag, wie schon oben angedeutet wurde, wohl viele Aerzte *a priori* abgehalten haben, die Kur bei den passenden Patienten in Gebrauch zu ziehen. Allein diese Furcht ist unnöthig, mir sind keine besonderen Nachtheile aufgestossen, und auch Corrigan will keine gesehen haben. Durch die anfänglich kleineren und erst allmälig in steigenden Verhältnissen grösser werdenden Dosen wird auch der Organismus schon darauf gleichsam vorbereitet, und daher entstehen selbst die sonst so leicht sich einstellenden Kopfzufälle, sogar bei solchen Individuen, welche im Allgemeinen dazu disponirt sind, durchaus nicht. Auf den Darmkanal hat das Opium auch in der Regel keine verstopfende Wirkung. In den ersten Tagen des Opiumgebrauchs findet sich gewöhnlich zwar angehaltener Stuhl, allein dies ist wohl mehr Symptom der Krankheit, als Folge des Opiums. Durch ein- oder mehrmalige Anwendung eines ganz einfachen abführenden Klystiers ist dem Uebelstande in der Regel abgeholfen, und bei der Darreichung von grösseren Dosen an den folgenden Tagen tritt fast nie Verstopfung ein,

in der Regel erfolgt gewöhnliche Oeffnung täglich einmal oder um den andern Tag, und in seltenen Fällen kommen sogar unter der Darreichung von 12 Gran Opium in 24 Stunden sehr heftige, copiöse, wässerige Durchfälle, die mit Stärkeklystieren am besten bekämpft werden, zumal man doch den Opiumverbrauch nicht gut eher aussetzt, als bis die gewünschte Wirkung auch erzielt ist. So starke adstringirende Mittel, wie Corrigan öfter anwenden musste, waren aber doch unter meiner Behandlung nicht nöthig. Einen Beweis, wie wenig das Opium in dieser Krankheit durchschnittlich auf den Darmkanal wirkt, liefert auch die Beobachtung, die vielfach zu machen sich mir die Gelegenheit darbot, dass nämlich, wo die Kranken spontane Durchfälle in stärkerem Grade von Anfang an mit zur Behandlung brachten, die innerliche Darreichung von unserm Mittel, selbst in den kleinen anfänglichen Dosen (1 Gran alle drei Stunden), dieselben gar nicht anhielt, noch weniger gänzlich stopfte.

Aus dem Grunde ist es nun auch durchaus nicht erforderlich, noch besondere Corrigentia für etwa zu befürchtende nachtheilige Wirkungen mit in Anwendung zu ziehen, und Corrigan, der anfänglich aus Furcht vor den schädlichen Folgen noch dem Opium das Calomel zusetzte, kam auch bald von dieser Beimischung zurück, und überzeugte sich von der Unschädlichkeit der Darreichung des reinen Opium.

Hiernach ist nun, wie ich sicher anzunehmen mich berechtigt halte, durch eine mehrjährige Erfahrung, die in vielfachen Fällen in allen Jahreszeiten und unter den verschiedensten Verhältnissen der Patienten gemacht ist, der Gebrauch des Opium in steigenden grossen Dosen beim hitzigen Gelenk-Rheumatismus vollkommen gerechtfertigt, wenn er auch theoretisch nach unserer bisherigen Kenntniss und Ansicht über die Wirkungsart des Opium sich nicht sogleich von selbst empfehlen sollte; es leidet aber auch keinen Zweifel, dass hierdurch auch die Ansicht über die Wirkungsweise des Opium bedeutend modificirt werden muss, denn gewiss ist sie bei dem hitzigen Gelenk-Rheumatismus keine bloss schmerzlindernde, sondern sie ist offenbar auch gegen den rheumatischen Process selbst mit gerichtet.

Um indessen diesen Aufsatz nicht über die Gebühr noch auszudehnen, unterlasse ich für dieses Mal die theoretische Erörterung der Wirkungsart des Opium, so wie ich auch aus demselben Grunde keine Krankengeschichten weiter anfüge. Ich erwähne nur noch, dass ich die fragliche Methode auch im acuten Muskel-Rheumatismus zuweilen, und dann mit gutem Erfolg, benutzt habe, wovon das folgende Beispiel in aller Kürze Beleg geben mag: Bei einer Kranken, deren rheumatische Schmerzen anfangs den ganzen Körper durchzogen, sich aber später doch vorzüglich auf die Rücken- und Kopfmuskeln concentrirten, bei der ferner ein vehementes Fieber, trockene Zunge, leichte Delirien vorhanden waren, wurde Opium zu 1 Gran alle drei Stunden verabreicht, und nachdem im Ganzen 15 Gran verbraucht waren, trat solche Besserung ein, dass bald völlige Genesung folgte. *)

Ein Fall von sogenannter Bauchschwangerschaft mit der Beschreibung des muskulösen Fötalsackes und der Haut des Fötus.

Von

Professor Dr. Hohl in Halle.

(Schluss.)

Bemerkungen und Ergebnisse weiterer Untersuchung.

Es liegt nicht in unserer Absicht, über die Diagnose der Schwangerschaft ausserhalb des Uterus zu schreiben, wohl aber müssen wir auf einige Erscheinungen Rücksicht nehmen, welche im vorliegenden Falle vorgekommen sind. Von ganz besonderem Interesse sind die Resultate der histologischen Untersuchung des Fötalsackes und seines Verhaltens im Monat Mai, seine Verbindung mit dem Uterus. Auch dürfen wir es nicht unterlassen, der Veränderungen der Haut des Fötus zu gedenken.

1) Zur Feststellung der Diagnose nach unserer ersten Untersuchung im December gilt es besonders der Beantwortung der nahe liegenden zwei Fragen: Ist die Frau schwanger, oder ist es ein krankhafter Zustand, welcher Schwangerschaft vorspiegelt, und wenn sie wirklich schwanger ist, liegt das Kind im Uterus oder ausserhalb der Gebärmutter? Wenn man die Geschichte dieser Schwangerschaft vom Anfang bis zu Ende durchliest, so reihen sich allerdings die Erscheinungen allmälig so an einander, dass ein Zweifel in der Diagnose kaum gedacht werden kann, weil eben in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft eine Erscheinung nach der anderen die Dunkelheit in's hellste Licht stellte. Nicht so in der ersten Hälfte. Hier konnte die Entscheidung auf das Dasein eines krankhaften, die Schwangerschaft vorspiegelnden Zustandes sehr leicht fallen, wenn man die im Allgemeinen krankhafte Beschaffenheit der Frau, das Fieber, die heftigen Schmerzen und besonders das in der Scheide wuchernde Afterproduct im Vergleich der Geschwülste in der Bauchhöhle und der Geschwulst an der hinteren Wand des Beckens in's Auge fasste. Es konnte auch neben diesen Zuständen eine Schwangerschaft bestehen. Zu dieser Annahme wurde man besonders eingeladen: durch die feste Ueberzeugung der Frau von der Zeit der vermuthlichen Conception an, durch die von ihr als eigenthümlich bezeichnete Uebelkeit, durch das auch in der früheren Schwangerschaft schon anfänglich eingetretene vermehrte Volumen der Brüste mit Ausscheidung eines milchartigen Seims und mit schmerzhaftem Ziehen in denselben, das Ausbleiben der Menstruation und die von der Frau gefühlten Bewegungen des Kindes. Allein die Verhältnisse der Scheidenportion, des Halses und des unteren Abschnittes der Gebärmutter, die Grösse, Consistenz, Form und Lage des Uterus, so wie die Ergebnisse der Ventral- und Vaginal-Exploration widersprachen einer solchen Annahme bei der ersten von uns angestellten Untersuchung, da zumal auch die Auscultation nur höchst unvollkommen angestellt werden konnte und deshalb keinen Anhalt bot, auch die Scheide keine Weinhefenfärbung entdecken liess. Auch wollen wir beiläufig bemerken, dass wir auch in diesem Falle keine besondere Substanz im Urin (Kyeistein) gefunden haben, an deren Existenz wir schon im Jahre 1834 (Geburtshülfliche Exploration II. S. 22) gezweifelt.

Es führten uns aber gerade jene eigenthümlichen krankhaften Zustände neben den für Schwangerschaft sprechenden Erscheinungen, und der negative Befund der inneren Untersuchung zu der Annahme einer Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter. Denn die mit einem Drange zum Stuhle schon im August plötzlich aufgetretenen eigenthümlichen Schmerzen, welche in der linken Seite des Beckens ihren Sitz hatten, nur allmälig sich weiter ausbreiteten, mit Stuhlzwang und Harnbeschwerden verbunden waren, und die Frau hinderten auf dem Rücken zu liegen oder zu sitzen, dagegen bei nach vorn gebeugtem Oberkörper erträglicher wurden, und bei der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter von allen Beobachtern und Schriftstellern angegeben werden, liessen uns auf eine Tubenschwangerschaft schliessen, die ohne Zerreissung der Tube möchte abgegangen sein, und als sogenannte Bauchschwangerschaft sich fortgebildet haben, denn auch wir nehmen eine Bauchschwangerschaft ohne Verbindung mit der Tube, vielleicht auch mit dem Eierstock, nicht an. Damit stand auch das vermehrte Volumen des Uterus, seine Lage mit dem Grund nach hinten gedrückt, im Einklang, und war die Länge des Mutterhalses bei dem nach oben gezogenen Uterus eben so wenig entgegen, als die Beschaffenheit der Scheidenportion und des Muttermundes, der bei der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter keinesweges immer rund ist, sicher dann nicht, wenn die Frau schon geboren hat. — Wir hätten zur Sicherstellung der Diagnose auch die Uterussonde gebrauchen können. Allein ein gebranntes Kind scheut das Feuer, und wir halten mit der Warnung zur Vorsicht aus eigener Erfahrung nicht zurück. Eine Frau wurde in das hiesige Entbindungs-Institut geschickt, weil sie an einer bedeutenden Geschwulst im Becken litt, die sich bis in die Bauchhöhle erstreckte. Hier lag neben derselben der Uterus, der kaum merklich vergrössert war. Von einem Theile unserer Schüler wurde derselbe für eine zweite Geschwulst gehalten, und um den Irrthum *ad oculos* zu demonstriren, führten wir die Sonde ein, was wegen der Grösse der Geschwulst und des hohen Randes des Uterus nur mühsam gelang. Auch hier war der Mutterhals lang, hart, und der Muttermund eine vollständige Querspalte. Die Sonde wurde gefühlt, und der Beweis war geliefert. Noch in derselben Nacht aber abortirte die Frau im Anfange des zweiten Monats ihrer Schwangerschaft, hier wohl zum Glück der Frau, da ein Durchgang des reifen Kindes durch das Becken nicht möglich gewesen sein würde.

So schwierig die Diagnose in der ersten Hälfte zu stellen war, so leicht wurde sie durch rasch folgende Erscheinungen in der zweiten Hälfte. Wir heben hier die nun auch von uns gefühlten Bewegungen des Kindes hervor, die in diesem Falle, und vielleicht immer, wegen des dicken Sackes, der grossen Menge von Fruchtwasser und der eigenthümlichen Lage und Haltung des Fötus nicht deutlicher gefühlt wurden, als bei dem Fötus im Uterus. Offenbar hat dieser Fötus schon bei seinem Leben eine anhaltend gezwungene Lage und Haltung annehmen müssen, so dass dadurch eine Anchylose in den Gelenken bewirkt wurde, wie viele pathologische Zustände des Fötus aus der gezwungenen Lage abzuleiten sind. Zu diesem sicheren Zeichen der Schwangerschaft kam zugleich ein anderes, der hörbare Herzschlag des Kindes und das Placentarstellengeräusch. Schon an einem andern Orte (Neue Zeitschr. f. Geburtsk. XXII. S. 396) haben wir uns auf diesen Fall bezogen, um eine Meinung zurückzunehmen, die wir früher (Geburtsh.

*) In einem zweiten Artikel wird der Herr Verfasser über die Behandlung des Gelenk-Rheumatismus mit *Liquor Kali carbonici* Mittheilungen machen. G.

Explorat. I. S. 233) ausgesprochen hatten, dass man nämlich bei der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter den Herzschlag des Kindes deutlicher hören werde. Dies war aber hier nicht der Fall, doch müssen wir bemerken, dass der Fötus nur sieben Monate alt wurde. Auch haben wir a. a. O. diesen Fall als Beweis für unsere Behauptung angeführt, dass nämlich das zweite Geräusch mit der Placenta in Verbindung stehe und daher als Placentarstellengeräusch bezeichnet werden müsse. Hier war die Stelle, an welcher die Placenta sass, und diese selbst klein, weshalb auch das Geräusch nur schwach war. Die Placenta befand sich nicht im Uterus, und das Placentarstellengeräusch hörte mit dem Tode des Fötus auf. Es konnten also, wie man glaubt, die Uterinarterien den Schlag nicht bedingen, und hätte das Geräusch fortbestehen müssen, da der Uterus keine Veränderung nach dem Tode des Fötus erlitt. In einer von Zwank beschriebenen Bauchschwangerschaft gab das Placentargeräusch den Sitz der Placenta in der rechten Mutterseite an. Auch hier lag die Placenta nicht im Uterus. (Casper's Wochenschrift. 1837. S. 727.) — Ferner gab die Untersuchung mit der Sonde volles Licht, da sie ohne Furcht angewendet werden konnte. Auch müssen wir hier das Erweichen und Schwinden des Afterproducts in der Scheide anführen, in so fern es nicht an Beobachtungen von dergleichen Vorgängen bei der regelmässigen Schwangerschaft fehlt.

2) Wir lassen die interessanten Ergebnisse der histologischen Untersuchung des Fötalsackes, sein Verhalten im Monat Mai und seine Verbindung mit anderen Theilen folgen.

Wir haben in der Geschichtserzählung angeführt, dass im zehnten Mondsmonat der Schwangerschaft periodisch auftretende Schmerzen sich einstellten, und während derselben die am Becken liegende und tief herabreichende Geschwulst (Fötalsack) so heftig gespannt wurde, dass er zu platzen drohte, während der Wehen aber erschlaffte. An dem Uterus selbst konnten wir eine Veränderung, die einer Contraction vergleichbar gewesen wäre, durchaus nicht bemerken. Auch die in den Uterus bis an den Grund eingebrachte Sonde liess keine Veränderung am Uterus fühlen. Dieselbe Erscheinung wiederholte sich eine Woche später, also zu derselben Zeit, wo auch bei verlängerter Schwangerschaft Wehen eintreten und die Spätgeburt zu erfolgen pflegt. Damit hatte die Natur den Versuch der Ausstossung beschlossen, rothe und weisse Lochien folgten, selbst die Menstruation trat ein. — Es konnte nicht fehlen, dass jenes Verhalten des Fötalsackes unsere Aufmerksamkeit besonders auf sich zog, da wir die gewaltige Spannung für Contractionen halten mussten. Wir konnten leider über das Verhalten des Sackes durch die Bauchdecken zu keiner sicheren Ansicht gelangen, da die Frau während der Schmerzen jede Betastung zurückwies. Es ist nun bekannt, dass von mehreren Schriftstellern über Extra-Uterinalschwangerschaft gesagt wird, dass nicht bloss die bildende Thätigkeit des Uterus auf eine der im normalen Schwangerschaftszustande analoge Weise abgeändert werde, sondern dass auch am regelmässigen Ende der Schwangerschaft Wehen einträten, die drei bis vier Tage anhielten, auch bei längerer Dauer sich wiederholen könnten. Gegen diese Abänderung der Stimmung der Lebensthätigkeit der Gebärmutter möchten wir uns erklären, da von keiner Seite her nachgewiesen ist, diese Contractionen des Uterus selbst gefühlt zu haben. In der That würde auch ein solcher Nachweis schwer sein, da der Uterus nicht über die Grösse hinausgeht, die er im zweiten bis dritten Monat hat. In den Mittheilungen über Fälle von Bauchschwangerschaften werden die periodischen Schmerzen immer angegeben, aber es wird nicht gesagt, dass sie ihren Sitz im Uterus gehabt hätten. In unserm Falle blieb der Uterus ganz ruhig, und nur im Fötalsack war die periodische Spannung zu fühlen. Die später beschriebenen Wehen dürften, wie bei unserer Frau, nur als Menstrualkoliken zu betrachten sein.

Wenn wir nun aber der Ansicht sind, dass die Contractionen nur in dem Fötalsacke ihren Sitz haben, so müssen in ihm auch Muskelfasern vorhanden sein. Diese Ansicht wird dadurch unterstützt, dass wir den Sack mit Duverney und Ramsay als einen Vertreter der Gebärmutter betrachten können, weil auch bei Tubenschwangerschaften die Tube verdickt, „der Gebärmutter ähnlich“ *(Duverney, Oeuvres anat. t. 2. S. 354. 356.)* und „völlig muskulös“ *(Phil. tr. a. 1694. Manget, th. an. L. x. p. 2. c. 3. S. 143.)* gefunden wurden. Auch spricht die Entwickelung quergestreifter Muskelfasern in Pseudomembranen nicht gegen die mögliche Entwickelung in dem Fötalsacke. Es folge die Beschreibung des Sackes:

Er bestand aus einer neugebildeten Substanz, umgab das Ei an einzelnen Stellen allein, während er an seiner grösseren Fläche mit anderen Organen durch eine Menge feiner Blutgefässe, leicht trennbar, verbunden war. Diese unterliegenden Organe unterscheiden sich wesentlich durch ihre festere Consistenz und hellere Farbe, und bilden also zum grossen Theil die äusseren Wandungen des Sackes, wie die innere Oberfläche vom Fimbrien-Ende der Tube, die äussere hintere Fläche des Uterus, ein Theil des breiten Mutterbandes, die Douglas'sche Falte, das Peritonäum des Dickdarms und ein Convolut von Dünndärmen. Diese Neubildung stellt sich dem Auge als ein dichtes, filziges Netzwerk, aus sich kreuzenden Faserzügen gebildet, dar. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt: 1) dass der grössere Theil dieser Faserzüge aus dem gewöhnlichen wellenförmigen Bindegewebe besteht, welches, wie in fibrösen Häuten zu dichten Bündeln vereinigt, verläuft. Mehrere netzförmig anastomasirende, elastische Fasern werden nach Einwirkung von Essigsäure besonders deutlich; 2) dass neben jenem Gewebe noch vorhanden sind: eigenthümliche, an manchen Stellen weit zu verfolgende Fasern von 0,02 bis 0,04‴ Dicke, die etwas wellenförmig gebogen, nicht vollkommen cylindrisch sind und aus feinen Fibrilen bestehen, durch Essigsäure aufquellen und gerade gestreckt werden, ohne dass kernartige Gebilde aus ihnen hervortreten; diese Fasern glichen den transversalen Muskelfasern des Uterus, ehe noch das Präparat in Spiritus gelegen hatte, wo auch das Gewebe mit der Muskelsubstanz des Uterus übereinstimmte; 3) dass an vielen Stellen, und besonders in dem Theil des Sackes, wo das Ende der Tube und die hintere Wand des Uterus unterliegt, weniger an den Verbindungsstellen mit den Därmen und dem breiten Mutterbande, organische Muskelfasern sich finden, die sich als solche theils durch ihren gestreckten Verlauf und ihre nicht cylindrische, sondern bandartig glatte Form, theils durch den Mangel einer feineren Zertheilung in Fibrilen bei einer Dicke von 0,02 bis 0,03‴ genügend charakterisiren.

Die innere Oberfläche des Sackes war, ehe das Präparat in Spiritus gelegen hatte, glatter als später, indem sie mehr faserig wurde. Besonders glatt, aber doch wie in Böhmer's Fall *(P. A. Böhmer, Observat. anat. rer. fasc. I. de gravid. ovaria. Halae 1752.)*, mit einer feinen zottigen Schicht überzogen, war sie an der Umgebung der Stelle des Sitzes der Placenta und an der Gegend, welche der hinteren Wand des Uterus entsprach. — Wir müssen es weiteren Beobachtungen überlassen, ob diese Schicht eine Ausbreitung der Schleimhaut der Tube ist, oder als *decidua* gelten kann. Auch in Bachetti's Fall war sie gerunzelt und faserig, ähnlich der inneren Fläche des Uterus. — Wir haben demnach in den Muskelfasern des Sackes eine Erklärung für die heftigen Contractionen desselben gefunden, und wohl auch zu der Erscheinung, dass die Placenta noch gut erhalten und frisch gelöst war. In Dr. Zwank's Fall, wo bei einer Bauchschwangerschaft der Bauchschnitt mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind gemacht wurde, wurde die Placenta kaum ein Paar Minuten nach der Extraction des Kindes durch die eigene Kraft der Natur gelöst, schob sich dann mit dem einen Rande in die Schnittwunde, und konnte leicht mit den Häuten entfernt werden. Es geschah, wird in der Mittheilung bemerkt, durch ein krampfhaftes Zusammenziehen, was man geneigt war, einer Bewegung der Gedärme zuzuschreiben. Wir glauben aber, dass auch hier ein Sack vorhanden war, da bemerkt wird, dass die Natur seit drei Tagen Anstrengungen gemacht habe, die Frucht abzustossen. Wir vermuthen, dass ein solcher Fötalsack dagewesen, da gesagt wird: „Nachdem die Bauchhöhle geöffnet war, kamen wir auf das sehr verdickte und tendinös aussehende Chorion.“

Unser Fall spricht endlich auch für die Annahme, dass bei einer Bauchschwangerschaft das Ei mit einem Theil des Uterus in Verbindung steht, und nicht frei in der Bauchhöhle liegt. Am häufigsten wohl ist es die Ausbreitung des Tuben-Endes, welches anfänglich mit dem Ei in nächster Verbindung steht, bis dieses eine grössere Ausdehnung erreicht, und jener Tubentheil mit dem Sack in Verbindung bleibt. Dies liegt in unserem Falle vor Augen, und scheint auch in Böhmer's Fall nicht anders gewesen zu sein, ob er gleich von einer Eierstocksschwangerschaft spricht. Es war ebenfalls der Uterus an seiner hinteren Fläche mit dem Sack verwachsen. Diesen hält er für das erweiterte Ovarium der linken Seite, obwohl von den Fimbrien und einem Theil des Eileiters ebenfalls nichts vorhanden war. Es leuchtet wohl ein, dass bei einer solchen Revolution in der nächsten Umgebung des Eierstockes, und so wohl auch in ihm selbst, und bei einer neuen Bildung von Geweben und Exsudaten der Eierstock in Mitleidenschaft gezogen wird, auch wohl in Folge einwirkenden Druckes zum grossen Theil schwindet, und in der Masse nicht zu finden ist. So war auch in dem von Fairbairn mitgetheilten Falle der Sack von den Fimbrien der Fallop. Trompete, dem *Ligament. lat.* u. d. m. gebildet. *(Edinb. med. Journ. Jan. 1842.)*

3) Wir werfen schliesslich noch einen Blick auf den Zustand, in welchem der Fötus gefunden wurde.

Der Tod des Fötus erfolgte im siebenten Monat der Schwangerschaft, im Februar 1842. Im zehnten Mondsmonat im Mai d. J., traten die Bestrebungen der Natur ein, das Ei auszustossen. Die Frau starb im Januar 1843. Der todte Fötus hat mithin elf Monate unter dem Herzen der Mutter gelegen. Eine Spur von Fäulniss war an ihm nicht zu bemerken, und mögen wohl den todten Fötus hier wie bei der Uterinschwangerschaft die Salztheile des Fruchtwassers und der Mangel an Sauerstoff gegen Fäulniss schützen. Bei dem Zutritt der

atmosphärischen Luft während der Geburt kommt es darauf an, ob der Fötus starb bei noch vorhandenem Fruchtwasser oder nach dem Abfluss desselben. Im ersten Fall und bei schnellerem Verlauf der Geburt tritt selten Fäulniss ein, wohl aber im anderen Falle, und hier oft überraschend schnell, wenn namentlich die Temperatur der Geburtswege erhöht, und operative Hülfe geleistet worden ist. — Die Haut von dem Fötus war an einzelnen Stellen von derselben Beschaffenheit, wie man sie bei Zwillingen findet, die im vierten oder fünften Monat der Schwangerschaft abgestorben sind, platt gedrückt wurden und neben dem lebenden Zwilling bis zu Ende der Schwangerschaft im Uterus geblieben sind, und wo auch selbst Fettschuppen gefunden werden. (Neue Zeitschr. f. Geburtsk. XI. S. 365.) Dies fand besonders an denjenigen Stellen statt, an welchen Theile der Eihäute anlagen. Da der übrige Theil der Haut mehr oder weniger entartet war, so mögen die Eihäute schon früher zerrissen sein, vielleicht im Mai, weshalb auch bei der vorsichtigsten Oeffnung des Sackes das Fruchtwasser doch sogleich ausfloss. An diesen Stellen hatte die Haut ein aschgraues, weisslich punktirtes Ansehen, und waren diese Pünktchen mit Fett stark angefüllte Schmeerbälge der Haare, welche am ganzen Körper fehlten. Der andere Theil der Haut zeigte gewissermassen gradweise Entartung oder Umwandlung, so dass diese am Rücken, Gesicht, Kinn und Hals schwächer, stärker am ganzen Hinterkopf, an der linken Schulter und Arm, namentlich an den Sitzhöckern war. An jenen Stellen war nun die Haut weissgelb gefärbt, lederartig anzufühlen, weniger glatt, und gränzte sich ohne allmäligen Uebergang in die aschgraue Farbe durch einen mehr saturirten gelbweissen Rand ab. Noch war die Oberfläche der Haut ziemlich glatt, und bei einem Durchschnitt der Cutis zeigte sich eine eingelagerte weisse Substanz, und zwar Fett, frei zwischen den Bindegewebefasern, auch flüssig in Tropfen. Wo aber die Umwandlung schon weiter vorgeschritten war, zeigte sich die Haut nicht glatt, sondern mit feinen Furchen netzartig durchzogen, zwischen welchen sich warzenartige, runde, auch längliche Erhabenheiten sichtbar machten, die kleinere und grössere Gruppen bildeten. Das Fett lässt sich hier schwerer ausdrücken, und bei einem Durchschnitt der Haut findet man das eingelagerte Fett mehr gelb als weiss. Wo endlich die Umwandlung am weitesten vorgeschritten ist, wie am Hinterkopf, Hals, auf der linken Schulter, nehmen jene warzigen Erhabenheiten, in grösseren Gruppen vereint, ganze Hautflächen ein, sind höher, von verschiedener Grösse, aus festem Fett, mehr Talg, gebildet, zeigen Kalkablagerung*), und die Furchen sind gerissen, weil das subcutane Bindegewebe, auf welchem jene Erhabenheiten sitzen, von Fett nicht infiltrirt sind, und sich von diesem gelöst haben.

Weder die Muskeln noch die Eingeweide zeigten eine Abweichung.

Wir halten diese Beschaffenheit des Fötus für den Anfang der Incrustation, indem theils jene fettige Substanz, die ihn, wie auch in unserem Falle, umgiebt, und jede Vertiefung ausfüllt, theils das Fett, womit die Haut infiltrirt ist, an flüssigen Theilen immer mehr verliert, und so allmälig verhärtet, und die sehr reichlich vorhandenen erdigen Theile eine knöcherne Beschaffenheit annehmen. Es kann daher nur aus den noch wenig veränderten Stellen eine durch Fett milchig getrübte Flüssigkeit, selbst Fett in Tropfen, ausgedrückt werden, nicht aber aus den entarteteren Stellen, wo das Fett dick und fest geworden ist, auch die erdigen Theile vorherrschen. Da sich endlich die ganze Cutis von dem subcutanen Gewebe abtrennt, so entsteht auf diese Weise gleichsam eine Rinde um den Fötus, und auch die Muskeln werden trocken und hart. So konnte denn auch Walter von dem Kinde, welches 22 Jahre im Unterleibe einer Frau gelegen hatte, „die Rinde von dem Gesicht, dem Halse u. s. w. mit dem Stiel eines anatomischen Messers ablösen, damit das Ohr, Auge u. s. w. gesehen werden konnten.“ Es gelang aber dieses Abschälen nicht an allen Stellen, so besonders nicht, wo Vertiefungen waren, z. B. in der Umgebung der Nase, weil eben diese Stellen mit einer talgartigen Masse ausgefüllt sind, diese sich verhärtet und mit jener borkenartigen Schicht der Haut verschmilzt. Ein Blick auf die zweite Figur in Walter's Abhandlung (Geschichte einer Frau, die in ihrem Unterleib ein verhärtetes Kind 22 Jahre getragen hatte. Berlin, 1778.) zeigt deutlich dieselbe Beschaffenheit der Haut, nur in grösserer Ausdehnung und Entartung. Es beruht daher auch Walter's Ansicht auf einem Irrthum, indem er die Incrustation dadurch entstehen lässt, „dass von der ausdampfenden Flüssigkeit des Unterleibes der dünnere Theil resorbirt werde, der dickere, schwerere, erdige Theil sich um das Kind anlege.“ — Camerarius hielt die äusserliche harte Hülse eines Kindes, welches 46 Jahre im Unterleibe einer Frau gelegen hatte, für die verhärteten Eihäute. Die Rinde hatte eine knorpelige und knochenartige Beschaffenheit, gerade wie in einem von Bayle mitgetheilten Falle, wo das Kind 27 Jahre im Unterleibe gelegen hatte. Nicht uninteressant ist es, dass in jenem Falle alle Stellen, welche mit irgend einem Theil des Unterleibes zusammengehangen hatten, weniger hart waren, was vielleicht dadurch entstanden ist, dass durch die Wärme dieser Theile das Fett nicht so schnell sich verhärtet hat.

Schliesslich wollen wir noch als der besonderen Erwähnung werth hervorheben, dass nach dem ersten Versuch der Natur, die Frucht auszustossen, Blut aus dem Uterus abging, welches später die Beschaffenheit der weissen Lochien annahm, die ziemlich mit der sechsten Woche aufhörten, wobei wir jedoch so wenig als später bei der Oeffnung des Uterus Theile einer *membr. decidua* finden konnten. Damit schien auch die Natur dem ganzen Cyclus von Erscheinungen, welche die Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett bezeichnen, eine Grenze gesetzt zu haben, denn die Thätigkeit der Brüste erlosch, das Befinden der Frau besserte sich auffallend, die Menstruation trat ein und kehrte regelmässig wieder. Wir müssen zuletzt noch bemerken, dass Walter nach obiger Thatsache im Unrecht ist, wenn er behauptet, dass das berühmte Toulousische Kind nicht ursprünglich in der Bauchhöhle gelegen habe, sondern in Folge einer Zerreissung des Uterus durch die Gewalt der Wehen in dieselbe gekommen, weil der Kindbettfluss, wie gewöhnlich, aus der Gebärmutter geflossen sei.

*) Herr Professor Marchand erhielt ein freilich nur sehr kleines Stückchen Haut mit der Bitte um Untersuchung, und theilte uns darüber mit wie folgt: „Das Stück Fötalhaut hinterliess, bei 100° C. getrocknet, 7,5 % Asche. Diese war ganz weiss und bestand zu 2 Theilen aus phosphorsaurer Kalkerde und zu 5 Theilen aus kohlensaurer Kalkerde. Eine genauere Analyse war wegen der geringen Quantität nicht möglich.“

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Die chirurgische Klinik zu Erlangen beim Beginn des Wintersemesters $18\frac{49}{50}$.

Von

Assistenz-Arzt Dr. med. Oskar Heyfelder.

Der Zufall wollte es, dass sämmtliche Kranken, welche beim beginnenden Universitätsjahre in hiesiger Klinik akiurgische Hülfe nöthig hatten, mit Krankheiten des Mundes und der Mundhöhle behaftet waren. Den Reigen eröffnete ein Fall von Luxation des Unterkiefers bei einer 29 Jahre alten, dem Anscheine nach gesunden Knopfmacherin (Barbara Meyer), welche, wie sie später angab, schon vor acht Jahren einmal eine Ausrenkung der Mandibula erlitten hatte, so dass hieraus auf eine Erschlaffung der betreffenden Bänder geschlossen werden darf. Am 29. October wurde sie beim Erwachen von Brechreiz, Würgen und wirklichem Erbrechen befallen, und hierbei erfolgte eine Luxation des Unterkiefers. Um $6\frac{1}{2}$ Uhr Morgens zu der Kranken gerufen, fand ich sie mit weit geöffnetem Munde, die Zahnreihe des Unterkiefers von der des Oberkiefers um mehrere Linien hervorstehend, beide Gelenkfortsätze ausserhalb der *fossa glenoidalis*, die betreffenden Weichtheile aufgetrieben und schmerzhaft. Nachdem die Patientin durch Chloroform-Inhalationen anästhäsirt worden war, gelang die Reposition der Mandibula ziemlich leicht mit Hülfe der gewöhnlichen Handgriffe.

Der zweite Fall war eine Resection der linken Unterkieferhöhle nebst Ausschälung einer markschwammigen Geschwulst in der hinteren Partie der Mundhöhle. Johann Geck, 13 Jahr alt, von zartem Körperbau und schwächlichem Aussehen, bemerkte zuerst vor 13 Wochen hinter und unter dem linken Ohr eine Geschwulst, welche keinen Schmerz, selbst bei der Berührung, verursachte, weich sich anfühlte und vorzugsweise nach unten und vorn sich vergrösserte. Bald übte sie aber auch einen nachtheiligen Einfluss auf die benachbarten Organe, indem sie zuerst auf dem linken Ohr das Gehör vernichtete, dann, den Schlund und den Kehlkopf comprimirend, das Athmen und Schlucken erschwerte und zuletzt auch das linke Auge in seinen räumlichen und functionellen Verhältnissen beeinträchtigte. Am 22. October suchte der Kranke im Klinikum Hülfe, und es sprach sich ein wesentliches Missverhältniss zwischen rechter und linker Gesichtshälfte aus, indem die linke von der Aftermasse aufgetrieben war, welche durch die weichen Bedeckungen mit einer ungleichen und höckerigen Oberfläche sich hervordrängte. Das linke Auge war unbeweglich, die Pupille erweitert, auf keinen Reiz reagirend, das obere Augenlid bedeckte den Bulbus vollkommen und konnte nicht erhoben werden (*Ptosis*). Die ganze linke Gesichtshälfte hatte nicht das natürliche Colorit, sondern war erdfahl und entbehrte des Turgors. Der nach rechts verschobene Mund war weit geöffnet, was daher rührte, dass die Aftermasse, sich zwischen Ober- und Unterkiefer drängend, beide aus ihren natürlichen Verhältnissen nach der rechten Seite hingetrieben hatte. Aus

dem Munde floss ununterbrochen ein dünner Speichel, dem ein bräunlicher Saft beigemischt war. Die nähere Untersuchung des Mundes zeigte eine umfangreiche Geschwulst von graurother Farbe, die nach vorn beinahe die Lippen berührte, deren Basis der untersuchende Finger nicht erreichen konnte. Sie schien in innigem Zusammenhange mit dem linken aufsteigenden Ast des Unterkiefers und mit dem Oberkiefer zu sein, ja es hatte den Anschein, als wäre sie aus der hinteren Wand der Highmorshöhle hervorgewachsen. Das Schlucken und das Athmen des Kranken war sehr erschwert, der Schlaf unruhig, der Ausdruck des Gesichts theilnahmlos. Die Untersuchung der Geschwulst durch die Mundhöhle presste aus dem Kranken Aeusserungen des Schmerzes.

Die schnelle Entwickelung, die Schmerzhaftigkeit, die Farbe und die ungleiche, meist weiche Beschaffenheit der Afterbildung sprachen für Markschwamm. Der Zustand des Kranken, vor Allem die Athemnoth und die Schwierigkeit, Speisen und Getränke zu verschlucken, forderten die Entfernung der Geschwulst, obgleich man sich nicht verhehlen konnte, dass der Erfolg eines operativen Eingriffes in so fern ein zweifelhafter sei, da bei der wahrscheinlichen Natur des Uebels ein Recidiv in Aussicht stand. Ob überdies es möglich werde, eine vollständige Exstirpation des Aftergewächses zu erreichen, da man umsonst bei der Untersuchung bemüht gewesen war, das Ende und die Grenzen desselben zu bestimmen, war ebenfalls ein Einwurf, dessen Zurückweisung keinem Operateur im vorliegenden Falle so leicht geworden sein dürfte. Aber ohne Operation stand der nahe Tod des Kranken in Aussicht, der nur durch die Athmungsbeschwerden von Zeit zu Zeit eine Unterbrechung des schlummersüchtigen Zustandes kundgab. Somit wurde denn am 29. October von dem klinischen Vorstande in nachstehender Weise zur Operation geschritten: Nachdem der Kranke durch Chloroform-Inhalationen anästhäsirt war, wurde ein Schnitt von der Mitte zwischen dem Ohr und dem äusseren Augenwinkel gegen den *proc. condyloideus sin. maxillae inferioris* und von hier gegen die linke Commissur des Mundes geführt; hierdurch war die Geschwulst zum grossen Theile bloss gelegt. Sie erfüllte auf der einen Seite den Raum zwischen der Wange und den beiden Kiefern, den grössten Theil der hinteren Partie der Mundhöhle, comprimirte den Schlund und Kehlkopf, und erstreckte sich bis hinter das Ohr und bis über das Unterkieferbein hinaus; von der Highmorshöhle war sie nicht ausgegangen, auch in keiner Communication mit derselben. Der linke Gelenkfortsatz des Unterkieferbeins und der Kronenfortsatz derselben Seite, so wie der ganze aufsteigende Ast dieses Knochens bis zum ersten Backzahne hin waren von Caries ergriffen und von der Aftermasse umgeben, welche theils mit der Cooperschen Scheere, theils mit den Fingern gelöst und entfernt wurde, nachdem die von Caries ergriffene Partie des Unterkiefers mit Hülfe der Kettensäge von dem Gesunden getrennt und aus seinen Verbindungen mit den weichen Theilen gelöst worden war. Obwohl der Kranke nicht unbedeutend an Blut verloren, so fühlte er doch nach beendigter Operation sich wesentlich erleichtert, namentlich galt dies von der Respiration und der Deglutition. Die Wunde in den Weichtheilen wurde durch 15 blutige Nähte vereinigt, sodann mit einem gefensterten Ceratlappen bedeckt und mit kalten Ueberschlägen behandelt. Der Kranke versank gegen Abend in einen erquickenden Schlaf, aus dem am folgenden Morgen wohler und lebendiger erwacht, er mit Leichtigkeit die ihm gebotene flüssige Nahrung schluckte, leichter athmete und auch das linke Auge öffnete. Bei der Erneuerung des Verbandes am vierten Tage nach der Operation war die Wunde überall vereinigt.

Die mikroskopische Untersuchung der exstirpirten Geschwulst zeigte Zellen aller Art, runde, längliche und auch geschwänzte. Besonders gilt dies von den mittleren Schichten, welche eine weichere Beschaffenheit als die peripherischen hatten. In diesen letzteren fanden sich ebenfalls viele Zellen, aber sie waren in bestimmten Reihen gelagert. Blutgefässe zeigten sich besonders gegen die mittleren Schichten.

Der dritte Fall betrifft eine härtliche, unebene Geschwulst in der Wangenschleimhaut der rechten Seite, die sich vom Mundwinkel bis fast zum Gaumensegel hin erstreckte. Ihre Länge betrug 2 Zoll, ihre Breite 7 Linien. Der damit Behaftete war ein 76jähriger Landmann (Sebastian Ochs), für sein Alter ziemlich rüstig, früher von keiner nennenswerthen Krankheit heimgesucht, seit zehn Jahren vollkommen zahnlos. Vor ungefähr drei Jahren bemerkte er die Verdickung der Schleimhaut auf der inneren Seite der rechten Wange, und erst seit sechs Monaten wurde diese Aufwulstung auffallend, hinderlich beim Reden und Kauen, von Zeit zu Zeit der Sitz heftiger, stechender Schmerzen, die namentlich beim Tabackrauchen hervortraten und den Mann zuletzt bestimmten, das Rauchen aufzugeben. Bei seiner Aufnahme in's Hospital am 17. October hatte die Geschwulst ganz die Beschaffenheit des *cancer opertus*. Die leiseste Berührung rief Schmerzen und Blutung hervor, und auch eine jauchige Absonderung fand statt. Diese eben hervorgehobene äussere Beschaffenheit und die relativ schnelle Entstehungsweise der Geschwulst liessen auf Carcinom schliessen und die Operation als einziges und nothwendiges Heilmittel erscheinen. Zu diesem Zweck wurde am 25. October die Wange durch einen vom Mundwinkel aus nach oben und gegen das Ohr hin geführten 3 Zoll langen Schnitt gespalten und nun die Geschwulst mit der Cooperschen Scheere exstirpirt, wobei nicht allein die Schleimhaut, sondern auch Muskelschichten fortgenommen werden mussten. Nach Entfernung alles Krankhaften und nach Stillung der Blutung wurde die Wangenwunde mittelst umschlungener Nähte vereinigt, die beim ersten Wechsel des Verbandes am vierten Tage sich vollkommen verwachsen zeigte. Die Heilung der Wunde auf der inneren Seite der Wange erfolgte so rasch, dass der Operirte am 31. October als geheilt entlassen werden konnte.

Ueber die exstirpirte Geschwulst äussert sich Professor Dr. Will nach vorangeschickter Untersuchung in folgender Weise: Dieselbe zeigte auf der Schleimhautfläche eine grosse Menge dicht an einander liegender, zungenförmiger, pyramidaler oder linienförmiger Wärzchen, welche aussen mit einem dem normalen durchaus gleichen Pflasterepithelium überzogen waren, und in ihrer Substanz aus granulirten, kernhaltigen Zellen von $^1/_{20}$ Linien im Durchmesser bestanden. An der Basis der Wärzchen lagen zwischen den bezeichneten Zellen feine Fasern (Zellstoff). Auf der entgegengesetzten, d. h. auf der Schnittfläche, war normales Fettgewebe, d. h. Fettzellen mit Zellstoff und normalen Muskelfasern. Letztere hatten nur das Eigenthümliche, dass ihre Querstreifen sehr deutlich und ihre Primitivbündel stark gewellt, ja fast zickzackförmig gebogen waren, gerade so als wenn sie sich in der stärksten Contraction befänden. Selbst bei Zusatz von Wasser dauerte dieser Zustand noch längere Zeit an.

Während die Natur der Geschwulst in dem vorliegenden Falle ungewiss ist, indem sich nach der mikroskopischen Untersuchung die gerechtesten Zweifel aufdrängen, dass man mit einer Krebsgeschwulst zu thun gehabt, erscheint es in dem nachstehenden Falle beinahe in noch höherem Grade dubiös, ob man mit einer gutartigen oder mit einer bösartigen Afterbildung zu thun gehabt. Margarethe Russ von Egolsheim, 27 Jahr alt, gesunden Aussehens, von zarter, wiewohl nicht schwächlicher Constitution, hatte an ihrer Unterlippe eine ziemlich umfangreiche Geschwulst, durch welche die Unterlippe nach abwärts gezogen wurde. Die äussere Fläche der Geschwulst war runzelig, in der Mitte geschwürig und Eiter absondernd. Ein mässiger Druck auf dieselbe machte sie bluten; über die Entstehung dieser 15 Linien langen und 5 Linien breiten Geschwulst machte die Kranke folgende Mittheilung: Vor vier Monaten sei plötzlich auf der Mitte ihrer Unterlippe eine rothe Erhöhung entstanden, deren Aussehen und eigenthümliche Schmerzhaftigkeit sie auf den Gedanken gebracht, dass sie von einer Biene gestochen worden sei. Um die lästige Empfindung zu betäuben, habe sie die Stelle häufig mit den Nägeln gekratzt; dadurch sei die Geschwulst grösser und schmerzhafter geworden. Später habe sie scharfe Salben und Wasser angewendet, wobei der Zustand der Lippe sich noch mehr verschlimmert habe. Die oblonge, steinharte, gewissermaassen einen Anhang mit breiter Basis zur Unterlippe bildende Geschwulst wurde am 1. November mit der Cooperschen Scheere abgetragen, sodann die Mundschleimhaut nach aussen gezogen und ihr Wundrand an den entgegengesetzten durch Knopfnähte angeheftet, sodann mit Ceratlappen bedeckt und kalte Ueberschläge gemacht. Nach Abnahme des Verbandes am vierten Tage war überall eine schöne Vereinigung ohne alle Deformität zu Stande gekommen.

Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst sprach für ein Fibroid.

Endlich haben wir noch von einer doppelten Hasenscharte mit Wolfsrachen zu sprechen an einem 21 Monat alten Kinde, welches in der Art operirt ward, dass nach Abtragung des hervorspringenden Randes vom gespaltenen harten Gaumen, unter Konservirung des Mittelstücks, in der doppelt gespaltenen Lippe die überhäuteten Ränder an dem Mittelstück sowohl wie an den Seitentheilen der Lippenspalte angefrischt und durch Insektennadeln vereinigt wurden. Die Vereinigung gelang vollkommen und jede Deformität war beseitigt.

Chirurgische Klinik des Geheimen Medicinal-Raths Professor Dr. Jüngken.

1. Sehr grosse *Hernia pudendalis* bei einer Frau.

Meine Herren, Sie sehen hier eine mehr als faustgrosse Geschwulst *in inguine* vor sich, und werden bei der ganzen äusseren Beschaffenheit derselben, auf den ersten Blick Sie für eine Hernie erklären. Vor der genaueren Untersuchung werden sie ferner zunächst an eine *Hernia cruralis* denken, die, namentlich in solcher Grösse, beim weiblichen Geschlecht weit häufiger ist, als die *H. inguinalis*. Darin täuschen Sie sich in diesem Falle, Sie werden sich überzeugen, dass Sie

einen Inguinalbruch vor sich haben welcher in eine grosse *Hernia pudendalis* ausgeartet ist. Sie werden nach der äusserst leicht zu bewerkstelligenden Reposition ein wahres Thor von Bruchpforte finden; dass in diesem Falle von den Tragen eines Bruchbandes nicht mehr die Rede sein kann, ergiebt sich von selbst; gegen eine so weite Bruchpforte, gegen das Hervordringen so grosser Partien Därme vermag eine Pelotte nichts; noch weniger haben Sie je eine Einschnürung zu fürchten, aber Sie werden sich ohne diese zur Radicaloperation entschliessen müssen, weil die Kranke sie dringend verlangt, weil sehr bedeutende Uebelstände im Gefolge so grosser, sich immer noch vergrössernder Brüche auftreten. Abgesehen davon, dass derartige Leute zu den meisten Arbeiten unfähig sind, stellen sich nach und nach bedeutende Verdauungsstörungen, sehr lästige nervöse Erscheinungen durch die unnatürliche Lage des Darmkanals, durch den beständigen Reiz, dem ein grosser Theil desselben fortdauernd ausgesetzt ist, ein, die Kranken werden im höchsten Grade hypochondrisch, sie werden lebensüberdrüssig, bis zu dem Gedanken an Selbstmord.

Wie werden Sie nun in solchem Falle die Radicalheilung zu erreichen trachten? Man hat in neuerer Zeit vielfach von der Invagination gesprochen, das ist aber eine höchst unsichere Operation. Schon nach kurzer Zeit pflegt das Narbengewebe dem Drängen der Gedärme nachzugeben, die nächstgelegenen Schichten Bindegewebe folgen u. s. f., bis nach Verlauf oft schon eines Vierteljahres der Bruch wieder da ist. In einem Falle, wie der vorliegende, könnte natürlich von der Invagination gar keine Rede sein. Eine zweite Methode, radical zu heilen, ist die, nach der Reposition einen fremden Körper in die Bruchpforte zu legen und so auf dem Wege der Eiterung das Schliessen derselben zu erzielen. Auch diese Methode würde Sie hier nicht zum Ziele führen; es wäre bei dem grossen Bruchthor ein so bedeutender fremder Körper erforderlich, dass Sie die heftigste Entzündung heraufbeschwören würden. Sie werden also die dritte Operationsart hier anwenden, d. h. Sie werden nach Eröffnung des Bruchsackes und Abtragung eines Stükkes desselben, mittelst blutiger Naht das Peritoneum schliessen, werden eine Vernarbung der Wunde der äusseren Bedeckungen zu erzielen suchen und so dahin gelangen, dass sie das Vorfallen der Gedärme durch ein mässig fest schliessendes Bruchband verhindern. Ueber die Zeit, wann Sie bei der Operation die Bruch-Contenta reponiren wollen, lässt sich streiten. Ohne alle Frage können Sie, während die Contenta noch vorliegen, den Hautschnitt, ja die In- und Excision des Bruchsackes vollziehen und dann erst die Därme reponiren. Es wird sogar hier die Operation selbst leichter zu machen sein. Dennoch widerrathe ich Ihnen dieses Verfahren sehr, und werde selbst vor der Operation die Contenta reponiren. Sobald die Gedärme nämlich mit der äussern Luft in Berührung kommen, blähen sie sich so gewaltig auf, dass die Reposition wesentlich erschwert wird.

Die Radicaloperation wurde am 14ten in der Art gemacht, dass zuerst die Bruchcontenta in die Bauchhöhle zurückgebracht und während der Operation durch einen Gehülfen zurückgehalten wurden. Dann ward die äussere Haut durch eine grosse Incision gespalten und der entleerte Bruchsack blosgelegt; hierauf auch dieser kunstgemäss geöffnet, von allen Seiten frei präparirt bis auf den Bruchsackhals weggeschnitten und darauf, mit 7 blutigen Knopfnähten, die Bruchpforte geschlossen. Auch aus der äussern Haut ward so viel excidirt, dass sich die Wundränder genau anlegen und untereinander vereinigen konnten. Diese Vereinigung geschah durch 8 umwundene Nähte und die Vereinigung ward durch Heftpflaster und einen mässigen Druckverband unterstützt.

Ein Aderlass und 20 Blutegel in die Inguinalgegend angesetzt, Umschläge mit *Aqua saturnina* und eine Emulsion zum inneren Gebrauche genügten die Entzündungserscheinungen zu ermässigen. Der grösste Theil der Wunde hat sich *per primam intent.* geschlossen und Patientin befindet sich den Umständen nach wohl.

2. *Scirrhus mammae.*

Meine Herren, Sie sehen hier eine Geschwulst von der Grösse eines Apfels an der linken Mamma vor sich, die Sie, wenn Sie beide Brüste, die offenbar das Ansehen haben wie bei einer Frau, die kürzlich entwöhnt hat, betrachten, auf den ersten Blick für einen Milchknoten nehmen könnten. Untersuchen Sie die Geschwulst indess, so werden Sie an ihr leicht alle characteristische Erscheinungen des Scirrhus wahrnehmen, und dazu passt denn auch das kachectische Aussehen der Kranken vollständig. Der Scirrhus ist in diesem Falle, wie so häufig, nicht recht isolirt, Sie werden einzelne Stränge verhärteten Bindegewebes finden, die sich von der eigentlichen Geschwulst nach verschiedenen Seiten hin erstrecken. Wenn Sie etwas über dem obern Rande der Geschwulst die zweite Rippe untersuchen, so stösst Ihnen eine haselnussgrosse harte Erhabenheit auf, die Sie bald für eine Exostose erkennen werden. Das giebt Ihnen Anlass, die Kranke weiter zu befragen, ihre Rachenhöhle, ihre Nase etc. zu untersuchen. In der ersten finden Sie nur das gewulstete Ansehen, was Sie bei Leuten, deren Schleimhäute durchgehends stark afficirt sind, gewöhnlich antreffen; der Geruch belehrt Sie schon, dass die zweite der Sitz einer Ozaena ist. Was uns die Kranke über das Entstehen des Scirrhus mittheilt, bestätigt das, was ich Ihnen schon so oft darüber sagte, diese Geschwülste kommen ganz unbemerkt, und erst, wenn sie längere Zeit da sind, erinnern sich manche Kranke einer unbedeutenden äussern Verletzung, eines kleinen Stosses etc., den sie mit ihrem Entstehen in Verbindung bringen. Der Stoss erzeugt den Scirrhus nicht, er bietet der carcinomatösen Dyskrasie nur eine Gelegenheit, sich zu lokalisiren. Hier fragt es sich nun vor allen Dingen, sollen wir die Geschwulst allein exstirpiren, sollen wir die ganze Brust amputiren? Die Entscheidung wird davon abhängen, ob der Scirrhus nur auf der Brustdrüse sitzt, oder ob diese bereits mit in den Krankheitsprocess gezogen ist. Dies zu untersuchen werden Sie noch später Gelegenheit haben, denn für jetzt dürfen Sie einen operativen Eingriff überall nicht wagen, Sie müssen vor allen Dingen das Allgemeinbefinden der Kranken bessern. Es reichen sich, meine Herren, hier offenbar zwei Krankheitsformen die Hand; zu der carcinomatösen Dyskrasie hat sich noch ein syphilitisches Moment gesellt. Sie haben die Exostose, die Ozaena selbst gefunden, Sie haben von der Kranken gehört, dass sie früher angesteckt gewesen ist, dass man ihr jetzt, bald nach der Entbindung, ihr Kind genommen hat, weil es an hereditärer Syphilis leidet. Bei dem jämmerlichen Aussehen der Kranken, bei dem Zustand ihrer Schleimhäute, bei dem kümmerlichen Thorax, in dem die Lungen gewiss nicht in ganz normaler Weise fungiren, kann ich mich nicht zum Gebrauch von Mercurialien entschliessen, um die syphilitischen Affectionen vor allen Dingen zu beseitigen. Dagegen rathe ich Ihnen in solchen Fällen den Gebrauch des Zittmann'schen Decoctes auf das allerentschiedenste an. Auch unsere Kranke wird es trinken. Was wollen Sie während der Zeit nun mit der Geschwulst machen? Wenden Sie, ich bitte Sie dringend, gegen dieselbe nicht an, was irgend reizt, wohl aber werden Sie gut thun, sie mit einer irrespirabelen Decke zu umgeben. Sie wissen, dass man in früherer Zeit vielfach vorgeschlagen hat, die Scirrhen mittelst reizender Pflaster, mittelst Druckverbandes zu zertheilen, dass noch ganz vor Kurzem Sanson in Paris auf das Letztere zurückgekommen ist und von seiner Ausführung, wenn nicht eine vollständige Beseitigung scirrhöser Geschwülste, doch eine wesentliche Verkleinerung derselben wahrgenommen haben will. Dies beruht auf Täuschung, meine Herren. Der Scirrhus bleibt unter einem solchen Druckverband derselbe, wohl aber schrumpft das aufgelockerte, angeschwollene Bindegewebe, das ihn umgiebt, darunter zusammen und so findet man die Geschwulst nach einiger Zeit kleiner. Uns kann das im gegebenen Falle nur angenehm sein, der Scirrhus wird sich dadurch bestimmter isoliren, wir werden später um so genauer zu bestimmen vermögen, was zu entfernen ist. Legen Sie deshalb zunächst ein Deckpflaster auf die Geschwulst, aber, ich wiederhole es, ein durchaus reizloses. Sie wählen am besten das *Emplastr. saponat. sine camphore parat.*, legen sodann über dasselbe eine Lage Watte und befestigen diese mit einer lockeren Brustbinde.

3. Fistelgeschwür am Unterschenkel als Folge einer Entzündung des interstitiären Zellgewebes.

Meine Herren! Bei den Entzündungen des Zellgewebes ist es von ganz ausserordentlicher Bedeutung für den Verlauf, die Prognose, den Ausgang der Krankheit, in welchen Theilen desselben die Entzündung ihren Sitz hat. Im Ganzen als leichte, nicht sehr bedeutende Krankheiten, die meistens einen schnellen und guten Verlauf nehmen, haben Sie die Entzündungen des subcutanen Zellgewebes zu betrachten, wie Sie davon bereits hier einige Beispiele sahen. Ungleich wichtiger und der sorgfältigsten Beachtung zu empfehlen sind dagegen die Entzündungen des interstitiären Zellgewebes, namentlich des zwischen den tieferen Muskelschichten liegenden. Gefährlich sind sie schon in ihrem ersten Auftreten, weil dieses gar nicht selten unter sehr unbedeutenden, von dem Kranken wenig beachteten Erscheinungen erfolgt. Der in der Tiefe sitzende Schmerz peinigt ihn anfangs nicht sehr, die Extremität, wenn eine solche der Sitz des Uebels ist, wird nicht gleich unbrauchbar, er schleppt das Bein, wenn auch immer mühsamer, noch eine ziemliche Weile mit fort, und erst wenn die Krankheit schon einen hohen Grad erreicht hat, sucht er die Hülfe des Arztes nach. Sie haben hier, meine Herren, einen Fall von solcher Entzündung des interstitiären Zellgewebes vor sich. Der Sitz des Uebels ist das Bindegewebe unter den Gastrocnemiis. Wie ich es Ihnen eben schilderte, ist es dieser Frau ergangen, sie hat längere Zeit den Zustand nicht in gehörigem Maasse beachtet. Die Entzündung hat dann den Ausgang in Eiterung genommen, es sind Eitersenkungen, namentlich auch bis in das Kniegelenk erfolgt, man ist bemüht gewesen, an mehreren Stellen den Eiter zu entleeren. Bei den Entzündungen des tief liegenden interstitiären Zell-

gewebes ist es von ganz ausserordentlicher Wichtigkeit, meine Herren, den Zeitpunkt zu bestimmen, wann man die Abscesshöhle eröffnen soll. So lange der Eiter in der Tiefe sitzt, so lange man nur undeutlich die Fluctuation fühlt, hat das seine grossen Schwierigkeiten und grosse Gefahren. Man kann, wie das ganz besonders auch in dem vorliegenden Falle möglich war, nur zu leicht sehr bedenkliche Verletzungen dabei machen, und doch ist es auf der andern Seite wünschenswerth, die Eröffnung zu beschleunigen, weil die Eiterung selbst leicht sehr bedeutende Zerstörungen anrichtet. Sie haben in solchen Fällen daher Alles zu thun, um den Abscess schnell zur Reife zu bringen, und ihn, sobald Sie Fluctuation fühlen, zu öffnen. Auch dann sind die Gefahren noch keineswegs vorüber, denn durch solche Eiterungen werden nicht selten noch in späterer Zeit ganz ausserordentliche Zerstörungen angerichtet; Sie würden in dem vorliegenden Falle bei unzweckmässiger Behandlung es leicht haben erleben können, dass nicht nur die Zwischenknochenhaut, nein dass die *Arteria interossea* oder wenigstens Verzweigungen derselben zerstört wurden, und dass sie Blutungen bekamen, die zu stillen Ihnen vielleicht nicht einmal durch die Unterbindung der *Arteria cruralis* geglückt wäre. Jetzt haben Sie ein fistulöses Geschwür vor sich, das ungefähr in der Mitte des Unterschenkels diesen quer durchschneidet, also mitten durch die dicken Bäuche der Gastrocnemii hindurchgeht. Es hat sich bereits die sogenannte Fistelhaut gebildet und Sie haben es also mit einem Fistelgang zu thun. Hier gilt es, diese falsche Haut zu zerstören, und so den Heilungsprocess einzuleiten, was Sie am besten erreichen, wenn Sie ein Setaceum durch den Kanal ziehen. Es genügt das aber noch nicht; denn, wenn Sie mit der Sonde an das Ende des Fistelkanals auf der entgegengesetzten Seite neben der inneren Tibialkante gelangen, so werden Sie eine Ausbuchtung, also einen Theil des fistulösen Geschwürs finden, das den sinuösen Charakter hat. Da reicht das Ziehen eines Setaceum nicht aus, Sie müssen diese sinuösen Ausbuchtungen gleichzeitig spalten. Beides soll nun geschehen, und wir werden demnächst sehen, wie die Kranke nach der Operation weiter zu behandeln sein wird.

Göschen.

Medicinische Klinik des Professor Dr. Hasse in Zürich.

Starke Abführmittel gegen *Morbus Brightii.**)

Herr Professor Hasse in Zürich sendet uns so eben die Dissertation eines seiner Schüler über den *Morbus Brightii* zu, in der eine neue Behandlungsweise desselben, die Hasse seit einiger Zeit mit grossem Erfolge anwendet, mitgetheilt wird. Hasse hatte die verschiedenen früher empfohlenen Methoden, namentlich die Hansen's (Salpetersäure), ohne allen Erfolg vielfach versucht, und hat sich nun seit einiger Zeit zur Darreichung der kräftigsten Abführmittel verstanden, unter denen er ganz besonders die Coloquinten rühmt. Er verordnete ℈ij — ℥j davon auf ℥vj Decoct und liess den Kranken davon alle Morgen ungefähr die Hälfte nehmen, die dann immer eine intensive Wirkung zur Folge hatte, manchmal bis zu 10 — 15 Stühlen. Durch diese reichliche Absonderung im Darme wurde die ungenügende Nierensecretion ersetzt, die durch ihre Beimischung von Harnstoff so nachtheilig wirkenden Säfte aus dem Organismus entfernt, das Verschwinden der hydropischen Erscheinungen bedeutend befördert, und fast in allen Fällen die Masse des Albumens zusehends vermindert, das Mittel aber trotz seines ausnehmend bitteren Geschmacks und seiner Schärfe ziemlich leicht ertragen. Nur nach längerem Gebrauch erregte es bei Einigen Uebelkeit, Kolik, Erbrechen, in welchen Fällen Hasse entweder aussetzte, oder die Form der Darreichung wechselte, oder endlich ein anderes Drasticum den Coloquinten substituirte. Abends reichte er dem Kranken ausserdem ein Dover'sches Pulver, dadurch für seine Ruhe und die Erregung der Hautthätigkeit gleichzeitig sorgend. Ist dem Kranken der Geschmack der Coloquinten sehr zuwider, so verordnet H. sie in Pillen (*Extr. Coloc. Gr.* viij, *Pulv. Rhei, Pulv. Unġt.* āā ℈j. *M. f. p. N.* 24.) Viel schwerer vertragen die Kranken das Elaterin, das H. gleichfalls angewendet hat. Wenn das Präparat frisch, so zeigte es bereits in Dosen zu $\frac{1}{6}$ Gr. eine intensive Wirkung, die Kranken bekamen aber sehr bald Uebelkeit, Reissen im Magen, Erbrechen. Fragt man nun nach dem Wie der Wirkung der Abführmittel im *Morb. Brightii*, so wäre darüber etwa Folgendes zu sagen. Bekanntlich haben alle Absonderungen die Bestimmung, dem Blut gewisse Bestandtheile zu entziehen; bleiben diese, weil eine Secretion gestört ist, zurück, so wird die Blutmischung anomal, was dann nicht ohne Rückwirkung auf den gesammten Organismus bleiben kann. Diese Rückwirkungen werden nicht eintreten, wenn ein anderes Ausscheidungsorgan die Functionen des ursprünglich unthätig gewordenen übernimmt. In dem speciell vorliegenden Fall hat der Darmkanal die den Nieren zustehende Function, den Harnstoff aus dem Blute zu entfernen, zu übernehmen, und darin unterstützen ihn die Drastica.

Droht eine entzündliche Exsudation in der Bauchhöhle, oder ist sie bereits eingetreten, ferner bei Zuständen, wo die Drastica contraindicirt sind, z. B. bei Schwangerschaft, sucht H. statt dessen durch Diaphoretica, durch Dampf- und warme Bäder die Hautthätigkeit wesentlich zu erhöhen; gegen die Schmerzen in der Nierengegend thun ihm Schröpfköpfe und feuchte Wärme stets die besten Dienste. Das Chlorcalcium, das Heller bei *Hydrops Anasarca* mit sehr schmerzhafter Spannung der Haut als Entwässerungsmittel empfiehlt, und das es gepulvert in Leinsäcken auflegt, bis es feucht wird, um es dann zu wechseln, hat Hasse nie feucht werden sehen, und somit es nutzlos gefunden.

Wir erlauben uns, gelegentlich dieser Mittheilung, noch die Bemerkung, dass wir die werthvolleren Dissertationen, die meistens ganz unbeachtet bleiben, sobald sie praktische Beobachtungen enthalten und uns die Gewähr wird, dass das darin Dargestellte auf richtiger Auffassung der Thatsachen beruht, in der „deutschen Klinik" besonders berücksichtigen werden. Wir ersuchen deshalb die akademischen Lehrer, die Material aus ihren Kliniken von ihren Schülern richtig und gut bearbeitet finden, die Einsendung der betreffenden Schriftchen an uns zu veranlassen.

Göschen.

*) Einige Bemerkungen über die Bright'sche Nierenkrankheit. Inaugural-Dissertation etc. von Casimir Gottofrey. Druck von Zürcher u. Furrer.

Miscellen.

Chloroform.

Der von uns in der vorigen Nummer der deutschen Klinik mitgetheilte Fall von Vergiftung durch Chloroform-Inhalationen, gab dem Verein für wissenschaftliche Medicin hierselbst in seiner Sitzung am 18. Octobr. Veranlassung, die Anwendung des Chloroform zum Gegenstand einer wissenschaftlichen Discussion zu machen. Ausser andern Gästen waren auf die Einladung des Vorstandes namentlich auch die Herren Jüngken und Langenbeck, auf deren Erfahrungen über den angeregten Gegenstand man begreiflicher Weise besonderes Gewicht legte, erschienen. Zuerst theilte Langenbeck die Resultate seiner Beobachtungen mit. Ueber den segensreichen Einfluss der Anästhetica auf die operative Chirurgie kann ebenso wenig ein Zweifel sein, als darüber, dass das Chloroform von allen bis jetzt bekannten den Vorzug verdient. Er hat dasselbe bei mehr als 200 grösseren Operationen in Anwendung gezogen, er hat Kinder in dem zarten Alter von 6 und 8 Stunden, Greise von 70 — 80 Jahren und alle Altersstufen zwischen beiden Endpuncten damit betäubt. Eigne und die Beobachtungen anderer haben ihn aber dahin gebracht das Chloroform mit grosser Vorsicht anzuwenden und das um so mehr, als es vorher ausser aller Berechnung liegt, wie das einzelne Individuum auf das Chloroform reagiren wird. Er selbst hat in drei Fällen eine üble Wirkung beobachtet. Ein Kind, bei dem er eine leichte und sehr schnell auszuführende Operation machte, das dabei äusserst wenig Blut verlor und das nur sehr wenig Chloroform inhalirte, wurde plötzlich ganz blau im Gesicht, der Puls verschwand gänzlich, es lag so da, dass Langenbeck selbst und sämmtliche Anwesende es für todt hielten. Es wurde sofort Zugluft gemacht, man blies dem Kinde systematisch Luft ein, man begoss es mit kaltem Wasser und so gelang es nach 6 Minuten es aus der Asphyxie, die in allem der der Neugebornen glich, wieder zu erwecken. Ein anderes Mal hörten bei einem erwachsenen Frauenzimmer, das ebenfalls verhältnissmässig kurze Zeit chloroformisirt war, urplötzlich die Athmungsbewegungen auf und gleichzeitig wurde der Puls, auf den ein Assistent genau achtete, plötzlich unfühlbar. Auch sie brachte man nach ein paar Minuten wieder ins Leben. Unglücklicher verlief endlich ein dritter Fall. Im Schleswig-Holsteinschen Krieg machte Langenbeck bei einem sehr robusten dänischen Soldaten, dem am Tage zuvor eine Passkugel den Oberschenkel zerschmettert hatte, die Exarticulation im Hüftgelenk. Ein dänischer Arzt chloroformisirte und beobachtete den Puls. Die ganze Operation bis zur Anlegung des Verbandes dauerte $\frac{1}{4}$ Stunde, und es ging dabei nur äusserst wenig Blut verloren. Eben noch hatte der dänische Arzt auf Langenbeck's Befragen, den Puls als gut bezeichnet, da sistirten seine Schläge plötzlich, die Athembewegungen hörten auf, der Mensch war todt und blieb es trotz aller Wiederbelebungsversuche. Langenbeck wendet nach diesen eigenen und ähnlichen fremden Erfahrungen deshalb das Chloroform niemals zu anhaltend an. Sobald Schmerzlosigkeit eingetreten ist, so setzt er mit den Inhalationen aus, und beginnt sie aufs Neue erst, wenn sich die

Empfindung wieder einzustellen beginnt. Die Operirten befinden sich bei dieser Methode ganz gut, sie geniessen alle Vortheile die das Chloroform ihnen bietet, und laufen doch keinerlei Art Gefahr. Werden sie während der Operation mal etwas unruhiger, fangen sie an zu schreien, zu schimpfen, zu spectakeln, so ist das durchaus kein Beweis dafür, dass sie die Schmerzen der Operation empfinden, sie wissen nachher davon eben so wenig zu sagen als jene, die man in tiefem Sopor liegen sieht. Was die Art des Todes durch Chloroform anlangt, so kann sie eine vierfache sein. Am ehesten sterben die Chloroformisirten wohl asphyctisch, und es gleicht dann der Zustand ganz der Asphyxie durch Kohlendampf; sie können aber auch an urplötzlicher Lähmung des respiratorischen Apparates, an Krämpfen, die den epileptischen gleichen, endlich an Erstickung durch angehäuften Schleim in den Luftwegen, der nicht zu entfernen ist, zu Grunde gehen. In gewisser Weise ganz den Langenbeck'schen entgegen stehen die Erfahrungen Jüngken's. Wenn dieser auch zugiebt, dass man der Individualität, der verschiedenen Reizempfänglichkeit sein Recht zu Theil werden lassen muss, wenn er auch deshalb eine gewisse Vorsicht ganz am Platze findet, so chloroformisirt er doch ungleich dreister als Langenbeck. Er bringt die Kranken in vollständigen Sopor, dann erst unterbricht er die Inhalationen, lässt aber wieder mit ihnen beginnen, sobald die soporösen Erscheinungen etwas nachlassen. In dieser Weise fährt er fort, bis das letzte Verbandstück angelegt ist und er versichert, nie einen unglücklichen Ausgang gesehen zu haben, obwohl er bisweilen äusserst lange das Chloroform angewandt hätte. Was die plötzlichen Todesfälle bei grossen chirurgischen Operationen anlange, wie die des dänischen Soldaten, so seien die wohl nicht immer auf Rechnung des Chloroforms zu schreiben, da namentlich die Beobachtungen Klein's und Graefe's erwiesen hätten, dass Leute ohne nachweisbare Ursache bei Operationen plötzlich sterben, wahrscheinlich in Folge einer *Apoplexia nervosa*. Das Chloroform, ohne Sopor herbeizuführen, anzuwenden, scheine ihm nicht rathsam, der Patient würde dann um die eigentlichen Vortheile des Anästheticum betrogen, und befinde sich in einem höchst unbehaglichen Zustande. Zu ganz besonderer Vorsicht räth Jüngken bei kleinen Kindern, bei Operationen, die in der Bauchlage der Kranken zu machen sind, und ganz contraindicirt ist ihm, wie das auch Langenbeck natürlich bestätigt, das Anästheticum bei Operationen, wo die Gefahr, dass Blut in die Luftröhre kommt, sehr gross ist, wie z. B. bei Operationen in der Mundhöhle. Was Langenbeck über die möglichen Todesarten gesagt hat, bestätigt Jüngken vollständig. Langenbeck kann das nicht gelten lassen, was Jüngken über anderweitig vorkommende Todesfälle während grosser Operationen anführt, da ihm trotz der grossen Masse der schwierigsten und gefährlichsten Operationen, die er selbst gemacht oder von andern gesehen hat, nie ein solcher Fall vorgekommen ist, wo nicht entweder Blutverlust oder Lufteintritt in die Venen die Todesursache gewesen sei. Gewiss hat man in früheren Zeiten manches auf die *Apoplexia nervosa* geschoben, was lediglich von dem Lufteintritt in die Venen abgehangen habe. Wenn Jüngken dagegen meine, dass, auch ehe man diesen letztern gekannt hätte, man doch wohl gewiss bei sonst genauen Berichten die höchst ungewöhnlichen Erscheinungen, unter denen der Tod dann eintrete, hervorgehoben fände, so müsse er erinnern, dass solche keineswegs immer vorhanden seien. Er habe bei Roux einen Menschen plötzlich unter dem Messer ganz lautlos und ohne irgend markirte Erscheinung todt zusammen knicken sehen, und die Ursache des Todes war Eintritt von Luft in die *Vena jugularis*. Auf der andern Seite habe er selbst die Exarticulation im Hüftgelenk sieben Mal gemacht, und das zum Theil unter viel schlimmeren Verhältnissen als in dem oben angegebenen Fall, er habe in Schleswig-Holstein die so überaus schmerzvollen und lange dauernden Resectionen in so grosser Zahl vollzogen und nie sei ihm während oder gleich nach der Operation ein Kranker gestorben.

Dr. Führer erzählt einen Fall von Chloroformvergiftung, der in einer der neuesten Nummern der *Gaz. des hôpit.* mitgetheilt ist, und der sehr viel Aehnliches mit dem vorige Woche in Berlin vorgekommenen hat. Auch dort war es eine Dame in den zwanziger Jahren, die sich einen Zahn ausnehmen lassen wollte, auch sie hatte kurze Zeit zuvor sich schon zu gleichem Zweck des Chloroforms bedient und verlangte vom Zahnarzt sie doch recht stark zu betäuben. Der Tod erfolgte dann als man bereits die Chloroformisirung unterbrochen hatte, und das bestimmt Führer darauf aufmerksam zu machen, wie wichtig es sei, alle Erscheinungen, nicht den Puls allein, genau zu überwachen, damit bei der augenscheinlichen Nachwirkung des Betäubungsmittels, nachdem der Inhalationsapparat bereits entfernt ist, man die Betäubung nicht unterbreche wenn es bereits zu spät ist. Bei jener Dame wurde der Puls noch gut gefühlt, als man das mit Chloroform getränkte Tuch entfernte; bei der Section fand man Luftbläschen in den Venen. Dr. Esmarch aus Kiel erzählt, dass in seiner Gegenwart bei einer Amputation des Oberschenkels der Pat. in gleicher Weise, wie Langenbeck es bei jenem Dänen geschildert hätte, an Chloroform gestorben sei. Auch er könne sich nicht entschliessen, hier den Tod in etwas anderem, als dem Einfluss des Chloroforms zu suchen, obwohl die Section nicht gemacht sei, weil der Fall nach der Schlacht bei Friedericia vorkam, wo es dazu an Zeit fehlte.

Dr. Leubuscher theilt noch interessante Beobachtungen über die Wirkung des Chloroform auf Geisteskranke mit, auf die zurückzukommen wir uns vorbehalten. Bei sehr vielen Versuchen, die er ausserdem an sich selbst angestellt hat und die er noch weiter fortgesetzt haben würde, wenn er nicht einen nachtheiligen Einfluss verspürt hätte, hat er gefunden, dass das Selbstbewusstsein während des Rausches nicht verloren geht. Die Träume verwirren sich, man hat an sie nach dem Erwachen keine Erinnerung mehr etc., aber er hat auch bei hohem Grade von Betäubung stets das Bewusstsein sich erhalten, dass er es sei, an dem experimentirt würde. Einen Unterschied zu begründen zwischen Anaesthesie und Analgesie, wie es neuerdings versucht ist, hält er für durchaus unthunlich, da beide Zustände keineswegs qualitativ, sondern nur quantitativ von einander verschieden sind. Am Tage nach der Discussion habe ich einen neuen Beweis dafür gehabt, wie sehr die Wirkung des Chloroforms ausser aller Berechnung liegt. Langenbeck operirte bei einer gesunden robusten Bauerfrau von einigen zwanzig Jahren die Blasen-Scheidenfistel mit gleichzeitigem Dammriss. Schon nach wenigen Minuten des Einathmens von Chloroform, wurde die Person plötzlich ganz blau im Gesicht, wie man es in höheren Graden der Erstickung durch Kohlendampf findet, der Puls wurde gleichzeitig kaum fühlbar und die Respirationsbewegungen sehr schwach. Die Chloroformisirung ward schnell unterbrochen und so schwanden die beunruhigenden Erscheinungen. Darauf liess man wiederholt aufs Neue Chloroform einathmen, aber stets musste nach wenigen Inhalationen aus gleichem Grunde damit sistirt werden.

Göschen.

Anzeigen.

Chirurgische
Instrumente und Bandagen,

als: anatomische Instrumente, Verbandzeug-Instrumente in allen Grössen und Formen, besonders die neuen Taschen in Portemonnaie-Form,
Stein-Instrumente, Lithotome und Percuteure nach Charrière und Lüer,
Amputations-Instrumente, Trepanations-Instrumente, geburtshülfliche Instrumente, Augen-Instrumente, Instrumente zur Resection nach Langenbeck, als: Messer, Sägen, Haken, Zangen,
verschiedene Chloroform-Apparate,
Catheter, Bougies, Pessarien, Brusthütchen, Säugepfropfen von Gummi, Gutta percha, präparirtem Kuheuter und calcinirtem Elfenbein,
Injections-, Klystier-, Mutterspritzen, Chlysopompe und Clysoids,
Irrigateur, von Dr. Eguisier,
Bruchbänder in diversen Formen für jeden Bruch, in Leder, Gummi und Gutta percha, wovon solche mit Elfenbeinpelotten besonders zu empfehlen,
Nabelbruchbinden und Binden für Schwangere,
Klumpfussmaschinen, Maschinen für Contracturen des Knies, für einwärtsgebogene und krumme Füsse,
Schnürstrümpfe in Leder, Leinwand, und Gummistrümpfe gegen Varicen,
Hujardsche Gürtel, Corsets mit Stahlfedern,
Streckbetten und Streck-Apparate, so wie künstliche Glieder,
sind vorräthig und werden auf Bestellung nach Angabe oder Zeichnung ausgeführt.

Berlin.

A. Lutter,
Instrumentenmacher und Bandagist des Königl. chirurgischen augenärztlichen Klinikums.
Französische Strasse 53.

Sonnabend, № 3. 1. December 1849.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Preis vierteljährlich 2 Thlr., bis zum Schluss dieses Jahres 1 Thlr. Anzeigen werden mit 2 Sgr. für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Inhalt: Grundregeln für die operative Plastik von B. Langenbeck (Fortsetzung). — Die Behandlung der Syphilis im Nürnberger Krankenhause von Meinel. — Die chirurgische Klinik zu Bonn von Wutzer. — Jüngken's Augenklinik von Bührig (Amblyopie und Amaurose). — Oppolzer's medicinische Klinik von Hennig (*Meningitis tuberculosa*). — Romberg's Klinik (Paraplegie). — Miscellen von Göschen (Instrument zur Staphyloraphie).

Fragmente zur Aufstellung von Grundregeln für die operative Plastik.

Von

Professor Dr. Langenbeck.

(Fortsetzung.)

Die Haut des Rückens und der Bauchwand ist zum Verschliessen grösserer Defecte wohl geeignet. Bei *Spina bifida* kann man den durch Punction entleerten Sack mit der an den beiden Seiten abgelösten Haut des Rückens verdecken. Da indessen der meistens sehr dünnhäutige Sack sich nicht wund machen lässt, so kann eine unmittelbare Verwachsung der Wundfläche der herübergezogenen Haut mit der Oberfläche des Sackes nicht eintreten. Dennoch halte ich das von mir in einem Fall eingeschlagene Verfahren für das einzige, von dem noch ein glücklicher Erfolg unter Umständen erwartet werden darf. Die Punction des Sackes selbst, wie sie von Sir Astley Cooper empfohlen und einmal mit glücklichem Erfolg ausgeführt worden, ist deshalb zu verwerfen, weil nach wiederholter Punction die kleinen Stichwunden sich entzünden und der Sack durch Vereiterung geöffnet wird. Ich führte deshalb einen feinen Trokart durch die seitlich den Sack begrenzende derbe Haut des Rückens ein, drang mit demselben unter der Haut fortgehend in die Basis des Sackes und entleerte die Flüssigkeit. Nachdem der Sack vollständig collabirt, umgab ich denselben mit elliptischen Hautschnitten, führte die abgelöste Haut des Rückens über ihn hinweg und vereinigte sie genau durch Suturen. Der Sack war einige Tage vorher mit Cantharidentinctur bestrichen worden, um die Epidermis zu entfernen. Durch ein Missverständniss hatte die wenig sorgsame Mutter des Kindes mit derselben Cantharidentinctur befeuchtete Läppchen über die vereinigte Wunde gelegt, und das Kind erlag wenige Tage später einer heftigen Entzündung der Rückenmarkshäute.

Die Haut der Bauchdecken ist so derb und verschiebbar, dass sie zur Bedeckung grosser Substanzdefecte benutzt werden kann. Allein nur selten erreicht man die für das Gelingen plastischer Operationen so wichtige unmittelbare Heilung der Wunde. Das dicke Fettlager und die unter demselben befindliche Fascie sind zu ausgedehnten Entzündungen und Eiterung sehr geneigt, und die ununterbrochenen respiratorischen Bewegungen der Bauchhaut der unmittelbaren Heilung der Wunde hinderlich.

Operirt man an Kindern, so kommt noch die Wirkung der Bauchpresse hinzu, indem die Kleinen den Schmerz durch gewaltsames Drängen zu beseitigen streben.

Es giebt aber angeborene fehlerhafte Zustände, zu deren Beseitigung oder Besserung die Haut der Bauchdecken benutzt werden kann. Die Spaltung der Bauchdecken mit Vorfall der hintern Blasenwand *(Inversio vesicae, Prolapsus vesicae congenitus)* bedingt eine so schreckliche Infirmität, dass die mit derselben Behafteten von der menschlichen Gesellschaft so gut wie ausgeschlossen sind. Diese Unglücklichen bedecken die vorliegende Harnblase mit einem Harnrecipienten, wodurch der Abfluss des Harns über die Bauchdecken niemals vollkommen verhindert werden kann. Ein Versuch, den Spalt der Bauchdecken zu schliessen und so die fehlende vordere Wand der Harnblase zu ersetzen, ist meines Wissens noch nicht gemacht worden. Ganz neuerdings habe ich einen solchen Fall operirt, und wenn auch der Ausgang noch sehr zweifelhaft ist, so bin ich doch durch den unmittelbaren Erfolg in hohem Grade überrascht worden, und habe dabei die Ueberzeugung gewonnen, dass diese Operation ausführbar ist.

In dem von mir operirten Fall, bei einem Knaben von vier Monaten, fehlt die vordere Wand der Harnblase und die ganze Dorsalwand der Harnröhre. Die vorgefallene hintere Blasenwand liegt als rother Wulst in dem Spalt der Bauchdecken und überragt den gespaltenen Penis fast ganz. Die *Symphysis ossium pubis* fehlt. Der ununterbrochen abfliessende Harn benetzt die Bauchdecken und die Windeln beständig. In der Meinung, dass es schon ein grosser Gewinn sein werde, wenn der Harn durch die Harnröhre abgeleitet, und die hintere Blasenwand von dem unmittelbaren Contact der atmosphärischen Luft und der Bekleidung befreit würde, unternahm ich die Operation, deren genauere Schilderung ich mir vorbehalte. Nur das sei erwähnt, dass ich die nächste Umgebung der hinteren Blasenwand in einer Ausdehnung von $1\frac{1}{2}$ Zoll von den Bauchdecken ablöste, sie als Lappen über die vorliegende Blase hinwegführte, und die so hergestellte vordere Blasenwand mit der verzogenen Bauchhaut überhäutete. Ueberraschend war es, dass die äussere Gestalt des Bauches, nach Vereinigung des Spaltes mittelst Insectennadeln, eine völlig normale, und die Blase vollständig in die Bauchhöhle zurückgedrängt erschien. Der Harn floss, so lange die Nähte hafteten, nur durch die Harnröhre ab. Die stete Wirkung der Bauchpresse hinderte indessen die unmittelbare Heilung, und wir suchen jetzt durch Heftpflasterverband die Heilung des Bauchspalts zu erreichen.

Die Haut des Gesichts bietet ohne Frage das passendste Material für plastische Operationen, und hier finden diese auch ihre weiteste Anwendung. Eine genauere Beantwortung der Frage, welche Stellen der Gesichtshaut für bestimmte plastische Operationen die geeignetsten seien, würde auch hier zu weit führen. Nur wenige allgemeine Bemerkungen mögen hier Platz finden.

Die Haut der Stirn, der Nase und des Ohrs unterscheidet sich dadurch von der übrigen Gesichtshaut, dass sie ausserordentlich straff, von der Unterlage scharf abgegrenzt und mit keinem Unterhaut-Fettlager versehen ist. Hautlappen von diesen Theilen entnommen, schrumpfen kaum bemerkbar zusammen, und fügen sich der Wundfläche des Defects mit grosser Genauigkeit an. Zur Herstellung zerstörter Theile durch Transplantation langstieliger Ersatzlappen sind daher diese Hauttheile vor allen anderen geeignet. Soll z. B. ein zerstörter Nasenflügel nicht aus der Stirnhaut ersetzt werden, weil man die Stirnnarbe vermeiden will, so bietet dazu die Nase selbst das beste Material. Ich löse in solchen Fällen die Haut der gesunden Nasenhälfte los und bilde daraus einen dreieckigen Lappen, dessen breitere Basis aus der ganzen Breite der gesunden Nasenhälfte entnommen, dessen Spitze die in der Gegend der Nasenwurzel der zerstörten Seite anzulegende Brücke bildet. Der Hautdefect an der vorhandenen Nasenhälfte füllt sich durch Granulationen so gleichmässig wieder aus, dass man nach vollendeter Heilung in Zweifel sein könnte, woher die neue Nasenhälfte entnommen worden sei. Die Wiederherstellung einer zerstörten Nasenhälfte aus der Haut der Wange giebt dagegen ein sehr mangelhaftes Resultat, weil auch im günstigsten Falle stets eine sehr üble Narbe in der Wange zurückbleibt, durch welche der Mundwinkel leicht dauernd verzogen wird.

Die sehr bewegliche und dehnbare Haut der Wange und der Lippen ist vorzüglich geeignet, um Defecte dieser Theile durch Hautverziehung zu ersetzen, dagegen wenig tauglich zur Bildung langstieliger Ersatzlappen.

Gefässvertheilung in der Haut und ihre Bedeutung für plastische Operationen.

Die Vertheilung der Blutgefässe in der Haut, namentlich der Arterien, verdient bei plastischen Operationen die grösste Aufmerksamkeit.

Transplantirt man Hautlappen aus entfernter liegenden Gegenden des Gesichts, so kann man nur dann vor brandigem Absterben des Lappens sicher sein, wenn dessen Brücke Gefäss-Stämmchen trägt, die sich in der grössten Ausdehnung des Lappens verästeln. Behält man dagegen im Hautlappen abgeschnittene Gefäss-Stämmchen, welche nur durch sehr enge Gefässe von der Brücke aus ihre Zufuhr erhalten, so wird schon die Ungleichheit im Kaliber dieser Gefässe leicht Hindernisse im Blutlauf des Lappens herbeiführen können. Der Ersatzlappen muss daher wo möglich so angelegt werden, dass die Ernährungsbrücke Gefäss-Stämmchen trägt, welche in den abgelösten Theil des Lappens ihre Aeste senden.

Die Haut der Schläfe z. B. ist sehr geeignet zur Wiederherstellung der zerstörten Augenlider, weil die im Ersatzlappen befindlichen Aeste der *Art. temporalis* zahlreiche Zweige zu den Augenlidern senden.

Ist man aber gezwungen, zur Wiederherstellung grosser Substanzverluste des Gesichts, z. B. zur Bildung der Oberlippe und des Mundwinkels nebst eines Theils der Wange, den Ersatzlappen aus der Gegend der Schläfe und des Jochbeins zu entnehmen, so ist die in der Gegend des Nasenfortsatzes des Oberkiefers aus der Gesichtshaut gebildete Ernährungsbrücke, wie mir die Erfahrung gezeigt hat, nicht ausreichend, um den grossen Lappen mit Blut zu versehen, und es stirbt leicht der Theil der neuen Wange ab, welcher aus der Schläfengegend entnommen wurde. Betrachtet man ein gut gearbeitetes Präparat von den Arterien des Gesichts, so findet man die *Arter. angularis* wohl in der Stirngegend durch sehr reiche Anastomosen mit der Schläfenarterie verbunden, während dieses im Gesicht weit weniger der Fall ist. Das Blut der *Art. angularis* muss das Capillargefässsystem der Augenlider- und Gesichtshaut durchwandern, bevor es in die Haut der Schläfe gelangen kann. Eine solche Richtung des Blutstroms ist aber eine völlig abnorme, denn die Haut der Schläfe wird vorzugsweise von Aesten der *Art. temporalis* versorgt.

Bei der Nasenbildung aus der Stirn führe ich die Schnitte stets so, dass die Ernährungsbrücke in der Gegend des Augenwinkels stehen bleibt, wo sich die starke *Art. angularis* befindet, von der zahlreiche und grosse Aeste in die Stirnhaut übergehen. Die neugebildete Nase bekömmt also direct aus dem Stamm der *Art. angularis* starke Aeste, und diesem Umstande schreibe ich es zu, dass bei der grossen Anzahl von Nasenbildungen, die ich vollführt, ein Fall von brandigem Absterben der neuen Nase mir bis jetzt nicht vorgekommen ist.

Soll eine zerstörte Nasenhälfte aus der Haut der andern Hälfte restituirt werden, so lege ich ebenfalls die Ernährungsbrücke in der Gegend der Nasenwurzel und des Augenwinkels an, weil die *Art. angularis* eine reiche und starke Verästelung in die Haut der Nase sendet.

Das Studium fein gearbeiteter Arterienpräparate, oder guter Abbildungen, z. B. der vortrefflichen Abbildungen der Kopfarterien von Schlemm, halte ich für eine sehr wichtige Vorbereitung für die operative Plastik.

Vergleicht man die Arterien der Gesichtshaut mit denen, welche sich zur Haut der Extremitäten begeben, so findet man dort zahlreiche grosse Stämme, hier sehr feine Aeste, welche ein ungleich ärmeres Capillargefässnetz bilden. Daher denn auch die grosse Gefahr der Gangrän, wenn man langstielige Ersatzlappen aus der Haut der Extremitäten entnommen hat.

Es giebt eine Hautgegend, welche zu plastischen Zwecken mit Erfolg zu verwenden, noch keinem Operateur gelungen ist. Ich meine das derbe *Involucrum palati duri*. Unzweifelhaft würde man die angeborene Spaltung des harten Gaumen ebenso leicht verschliessen können, wie die des Gaumsegels, wenn sich dort eine ebenso taugliche Substanz vorfände. Löst man den Ueberzug des harten Gaumens ab, und führt ihn über den Spalt des Oberkiefers hinweg, so stirbt er in allen Fällen in grösserer oder geringerer Ausdehnung ab. Ich suche den Grund dieses Uebelstandes darin, dass das sehr kümmerliche Capillargefässnetz des *Involucrum palati duri* nur von den Knochen her *(Art. pterygo palatinae)* seine Zufuhr erhält, und derselben beraubt wird, sobald man diese Haut vom harten Gaumen abgetrennt hat.

Dieffenbach war in Betreff der Bedeutung der Arterien in transplantirten Hauttheilen gerade entgegengesetzter Ansicht. Er räth keinen Hauptarterienast, der in der Brücke zum transplantirten Hauttheil verlaufe, zu erhalten, sondern denselben zu durchschneiden, weil sonst eine Hyperämie des Lappens entstehe (Rust, Hdb. d. Chirurgie, Artikel *Chirurgia Curtorum*. S. 522).

Diese Hyperämie des Lappens ist aber, wie ich mit Bestimmtheit beobachtet zu haben glaube, nicht die Folge des zu starken Zuflusses arteriellen Bluts, sondern des verhinderten Abflusses durch die Venen in Folge der Drehung oder zu starken Faltung der Ernährungsbrücke. Vermeidet man jede Faltung und Umdrehung der Hautbrücke, wie ich es bei der Nasenbildung thue, und entfernt man die leicht drückenden Näthe der Hautbrücke frühzeitig genug, so kommen die Erscheinungen der Blutstase im Lappen gar nicht zu Stande. (Fortsetz. folgt.)

Ueber die Behandlung der Syphilis im neuen Krankenhause zu Nürnberg.

Von

Dr. Carl Aug. Meinel,

Assistenz-Arzt.

Vorliegende Zeilen machen keinen Anspruch darauf, ein umfassendes Ganzes, einen abgeschlossenen statistischen Bericht über die Behandlung der Syphilis im diesseitigen allgemeinen Krankenhause zu geben. Denn abgesehen davon, dass solche statistischen Zusammenstellungen viel Zeit und Musse erfordern, ist die Zahl der Fälle eine relativ doch zu geringe, um einer solchen Arbeit zur Unterlage dienen zu können. Der Werth statistischer Untersuchungen nimmt mit der Zahl der zu Grunde liegenden Fälle in geradem Verhältnisse ab. Dazu kommt, dass statistischen Arbeiten über die Erfolge einer gewissen Behandlungsmethode der Syphilis sichere Grundanschauungen, bestimmte Erfahrungen über die Aufeinanderfolge, über den Zusammenhang und die Diagnose der Erscheinungen zu Grunde liegen müssen. Nicht wohl möchte es aber auf irgend einem andern Gebiete der praktischen Medicin für den nicht von fremder oder eigener Autorität eingenommenen, sondern unbefangen prüfenden Arzt so schwer sein, wahre Erfahrungen, im naturwissenschaftlichen Sinne des Wortes, zu machen, als auf dem Felde der Syphilis. Wie sehr man immer wieder auf die Aussagen der Kranken hingewiesen wird, will man Aufschluss erhalten über die Succession der Erscheinungen, trotzdem dass man wohl in den meisten Fällen belogen wird, weiss Jeder.

Ich beschränke mich deshalb im Folgenden darauf, mehr aphoristisch die Grundlinien der Behandlungsweise, sowie das ihr Eigenthümliche, mit Zugabe einzelner nicht ganz gewöhnlicher Krankheitsgeschichten, anzuführen.

Natürlich spreche ich hier im Allgemeinen die Ansichten des Oberarztes der dritten Abtheilung, des Herrn Dr. Bock, aus; seiner freundlichen Mittheilung verdanke ich Manches. Die Form des Ausdruckes wird erkennen lassen, was meine individuelle Ansicht ist.

Blennorrhöen.

Aus dieser Ueberschrift mag hervorgehen, dass ich die Identität des Tripper- und Schankergiftes leugne, überhaupt jede Specifität des Trippersecrets, dass ich im Tripper mit Capuron und Wallace*) die katarrhalische Affection der Urethral- und Vaginalschleimhaut sehe, welche die Ansteckung, d. h. die Entstehung derselben Krankheit durch Uebertragung ihres Secrets auf eine andere Mucosa eben so wenig ausschliesst, als dies z. B. der acute Katarrh der Nasenschleimhaut, den man Schnupfen nennt, thut. Dass die Uebertragung des Trippers so viel häufiger vorkommt, als die des Katarrhs anderer Schleimhäute, wird durch die die Uebertragung des Trippers durch Coitus begünstigenden Momente, heftiger Blutandrang, excessive Nervenerregung, und als Folge davon vermehrte Wärme, erklärlich; sie fehlen alle bei Uebertragung des Katarrh's anderer Schleimhäute. Ohne Frage muss aber zugegeben werden, dass das Trippersecret durch constitutionelle oder äussere Einflüsse chemische Modificationen annehmen kann, die seine Uebertragung begünstigen; doch ist das nichts dem Tripper specifisch Zukommendes, sondern auf ähnliche Weise kann jedes katarrhalische Secret modificirt werden. — Urethral-Blennorrhöen beim Weibe kommen sehr selten zur Beobachtung; der einzige Fall, der seit einem Jahre zuging, ist gegenwärtig in Behandlung. — Der Verdacht von Schankern in der männlichen Harnröhre liess sich zuweilen fast bis zur Gewissheit begründen. Folgende Erscheinungen aber führten zu dieser Diagnose: Das gleichzeitige Bestehen anderweitiger primärer Schanker an der Glans oder dem Präputium, die Hartnäckigkeit solcher Tripper, der reichliche, anhaltend purulente Ausfluss, die Möglichkeit, den Sitz des Schmerzes beim Uriniren oder bei äusserem Druck genau zu bezeichnen, und zwar nicht, wie gewöhnlich, in der *fossa navicul.*, häufiger Blutabgang, und zwar gegen das Ende des Urinirens oder nach demselben, endlich der Schmerz beim Einspritzen jeder auch nur wenig adstringirenden oder reizenden Flüssigkeit. Nach dem Schluss *ex juvantibus et nocentibus* könnte man noch die Nutzlosigkeit aller adstringirenden Einspritzungen hinzufügen, wenn nicht das schon erwähnte gleichzeitige Bestehen anderweitiger Schanker das Quecksilber in dieser oder jener Form bereits früher indicirt hätte.

Was nun die Behandlung einfacher, nicht complicirter Gonorrhöen beim Manne betrifft, so ist dieselbe sehr einfach: So lange das sogenannte entzündliche Stadium dauert, so lange der Ausfluss sehr reichlich und dick ist, so lange Brennen beim Uriniren, Schmerz und Kitzel in der *fossa navicul.* und der Glans besteht, so lange Blut abgeht,

*) *A treatise of the venereal disease and its varieties. London, 1838.*

erhält der Kranke schleimige, diluirende Getränke, einen Thee aus *Sem. Canab.* mit *Rad. Alth.* und *Liq.*, und wird auf Entziehungskur gesetzt, d. h. er erhält 3 Mal des Tages einfache Suppe. Ist dies nicht nach 8—10, längstens 14 Tagen vorüber, so werden 3—4 Mal des Tages anfangs schwächere adstringirende Einspritzungen aus *Argent. nitr.* (½—1 Gr. auf ℥j), oder *Zinc. sulph.* (Gr. j auf ℥j), oder Tanin mit Alaun gemacht, und nach Bedürfniss mit der Dosis gestiegen. Häufig werden auch sogleich die stärkeren Dosen gewählt, und nur selten sieht man sich gezwungen, auszusetzen oder mit schwächeren zu beginnen. Von allen den vielen adstringirenden Substanzen haben sich Tanin mit Alaun und *Zinc. sulph.* mit Opium eine fast stereotype Anwendung errungen. Wie nicht selten einfache Gonorrhöen bei der Rückkehr des Patienten in seine gewöhnlichen Verhältnisse recidiviren, und wie sie dadurch ihre Hartnäckigkeit gleichsam verdoppeln, haben auch wir erfahren. Solche sogenannten secundären Gonorrhöen werden dann meist mit Jodeisen oder *Lap. div.* in steigender Dosis angegriffen. Die Ricord'schen Mèches haben häufiger im Stiche gelassen als genützt. — Wenn Moj'sisovics und And. Cubeben deshalb nicht geben, weil sie üble Nebenwirkungen derselben, ähnlich denen starker Dosen von Aloë, beobachteten, so kommen sie bei uns nicht in Anwendung, weil sie bei Blennorrhöen nicht das Geringste leisten. Dasselbe gilt vom *Balsam. Copaivae.* Mit beiden wurden zahlreiche Versuche im entzündlichen und blennorrhotischen Stadium gemacht. Kommt ihnen wirklich ein umstimmender Einfluss auf die Urethral-Mucosa zu, so sind doch wahrlich 4—6 Wochen, die sie zur Entfaltung ihrer Wirkung nöthig haben, eine viel zu lange Zeit; diese kann in der grössten Mehrzahl der Fälle durch Einspritzungen auf die Hälfte und darunter reducirt werden.

Bei einfacher Vaginal-Blennorrhöe der Weiber, ohne *Uterin fluor*, ohne Granulationen oder Excoriationen des äusseren Muttermundes, reichen Cauterisationen der Scheide durch das Speculum mit *Arg. nitr.* in Substanz, kalte Einspritzungen, tägliches Tamponiren der Scheide mit in adstringirenden *) Flüssigkeiten getränkter Charpie, Sitzbäder etc. aus. Was die Behandlung der Uterin-Blennorrhöen mit oder ohne Excoriationen oder Granulationen des Muttermundes betrifft, so ist das Resultat unserer Beobachtungen ein rein negatives. Vor kräftigen Einspritzungen können wir bloss warnen, ohne dass wir im Stande wären, etwas Besseres an ihre Stelle zu setzen. Darüber sind wohl die Acten geschlossen, dass innerlich gereichte Medicamente einen *fluor uter.* nicht im Geringsten ändern. Es handelt sich hier bloss darum, welches Medicament und welcher Concentrationsgrad desselben zur Einspritzung dienen soll. Aus gegründeter Vorliebe für den Höllenstein wird er auch in solchen Fällen bei uns am häufigsten verwendet. Eine Lösung von Gr. iv auf ℥j erhielt sich am längsten im Gebrauch, ohne sonderliche Erfolge zu erzielen. Leichtere Fälle heilten rasch unter seinem Gebrauch; schwerere bedurften einer so langen Zeit, dass man allen möglichen anderen günstigen Umständen eher Einfluss zuzuschreiben geneigt ist, als dieser Lösung. Nur schüchtern, weil leichtere Metritis schon bei 4 Gr. einige Mal beobachtet worden, stieg man auf Gr. v und Gr. vj; letztere ist bekanntlich Ricord's Dosis. Allein bald häuften sich als unmittelbare Folge dieser Einspritzungen die Anfälle von *Metritis mucosa*, von umschriebener und allgemeiner Peritonitis, verbunden mit zuweilen sehr bedeutenden Blutungen so sehr, dass wir solche Lösungen bei Seite setzten. Ich bin nun keineswegs geneigt, bloss dieser hohen Dosis von *Arg. nitr.* diese Zufälle zu vindiciren; vielmehr glaube ich, dass einzelne Weiber vor anderen mehr disponirt sind zu solchen heftigen Reactionen, und dass solche durch Reizbarkeit des Genitalsystems ausgezeichnete Personen sich damals zufällig in grösserer Anzahl auf unserer Abtheilung befanden. Denn Einzelne vertrugen selbst 6 Gr. auf ℥j ohne die geringste Beschwerde. Das möchte ich aber eben gerade hervorheben, dass die Schwierigkeit, einen *Uterin fluor* definitiv zu beseitigen, vorzüglich auf den ungünstigen Nebenwirkungen der Einspritzungen, die zur grössten Vorsicht auffordern, beruht. Zum Beweise diene noch Folgendes: Wir versuchten nach solchen Erfahrungen Lösungen von Blei, von Jodeisen, von Jodkali u. s. w. Die heftigen allgemeinen und localen Reactionen blieben allerdings fast immer aus; allein der Erfolg war auch fast null; nur in einigen wenigen Fällen, in denen nach diesen Einspritzungen die Erscheinungen der Reaction *(Metritis mucosa)* sich auf den Uterus beschränkten, blieb der Fluor aus. In einem dieser Fälle, der zuerst der nachfolgenden Blutungen halber die Höllensteinlösung verbot, dann der heftigen *Metritis mucosa* halber die Bleisolution, reichte, nachdem der Kranke bereits vollständig genesen, die Injection lauen Wassers hin, eine allgemeine Peritonitis zu erzeugen mit massenhaftem eitrig-serösen Exsudat, das sich gegenwärtig noch durch den geöffneten Nabel entleert. Noch mehr beweist aber folgender Fall, mit welcher Vorsicht Injectionen in dem Uterus zu machen sind: Eine äusserst kräftige 28jährige Dienstmagd, die früher Unterleibsentzündung überstanden haben will, vor drei Jahren übrigens geboren hatte, ging mit Urethral-Blennorrhöe, mit leicht blutenden Granulationen des äusseren Muttermundes, mit *Fluor. uter.* und *vagin.* zu. Sogleich bei der ersten Untersuchung wird zunächst bloss behufs der Reinigung laues Wasser in den Uterus eingespritzt; unmittelbar darauf trat heftiger Schmerz in der Schoossgegend auf, innerhalb zwei Tagen war die Peritonitis allgemein; Calomel und Opium bewährten sich auch hier, und nachdem Salivation eingetreten, erholte sich in 14 Tagen die Kranke doch so weit, dass sie wieder zur Untersuchung kam; der *Fluor uter., vagin.* und *urethrae*, die Granulationen der Vaginalportion, — Alles noch *in statu quo!*

In der grossen Mehrzahl der Gonorrhöen beim Manne reichen wir mit der eben angegebenen, entziehenden, exspectativen Methode aus; selten ist eine locale Blutentziehung, *Ung. merc.* etc., überhaupt das antiphlogistische Verfahren *κατ' ἐξοχήν* nöthig. Wohl aber in solchen Fällen, in denen die Erscheinungen der Entzündung der bulbösen und membranösen Portion (nach Bell und Desruelles) zugegen waren, nämlich Schmerz im Perinäum, durch Druck gesteigert, häufiger Drang zum Harnen, sehr reichlicher oder gänzlich sistirender Ausfluss, Anschwellung der Prostata und der davon abhängige Tenesmus mit gehinderter Excretion der Faeces, behindertes Harnen, so dass der Strahl dünn oder absatzweise kommt, oder totale *Retentio urinae.* Folgende Krankheitsgeschichten gehören hierher:

H. J., 27 Jahre alt, ging am 9. Januar mit drei oberflächlichen Schankern hinter der *corona gland.* zu; dieselben zeigen gefranzte Ränder, speckigen Grund. Da er schon vor seinem Eintritt Dzondi's Pillen genommen, so soll er damit fortfahren. Am 14. Jan., an welchem Tage er 8 Pillen auf 2 Mal immer eine Stunde nach dem Essen genommen, verspürte er zum ersten Male danach Magenschmerzen und Uebelkeit mit Kopfweh; doch hält es nicht lange an. Am 16. Jan. wird man auf einen Bubo von Taubeneigrösse aufmerksam; es wird *Empl. merc.* mit Campher aufgelegt. 19. Jan. Die gastrischen Erscheinungen stellen sich regelmässig nach dem Einnehmen der Pillen ein, schwinden aber bald wieder, nur ein intensiver Kopfschmerz dauert regelmässig bis Mitternacht. *Rp.: Spec. lignor. Rad. Sarsap.* ää ℥iij. *D. S.* Thee. Es zeigt sich eine sehr starke Blennorrhöe der Urethra, vom Arzte und vom Kranken bis jetzt nicht bemerkt; Brennen, Dysurie, heftiger Schmerz in der *fossa navicul.* Der Bubo wächst. 21. Jan. Jetzt zeigt sich ein Vernarbungsring um das grösste der drei Geschwüre, ein schmaler livider Saum; der Grund granulirt schön. Die Pillen werden weggelassen, da Salivation droht; Patient nahm im Ganzen 8 Gr. Sublimat. 28. Jan. Ein Einstich in den Bubo entleerte etwas dicken Eiter. Die noch offenen Geschwüre werden mit Chlorzink verbunden. Der reichliche sehr schmerzhafte Ausfluss dauert fort. 3. Febr. Der Bubo heilt gut. Die entzündlichen Erscheinungen in der Urethra halten an: es geht Blut in Tropfen ab, und zwar nach dem Uriniren, das sehr schmerzhaft ist; der Strahl ist dünn, wird häufig unterbrochen. *Rp.: Plumb. acet. gr.* iij, *S. in aq. destill.* ℥vj, *D. S.* zum Einspritzen. 8. Febr. Im Wesentlichen *stat. idem.* Die Einspritzungen verträgt Patient durchaus nicht; der Schmerz in der Urethra steigert sich, er zieht gegen das Perinäum nach dem Verlauf der Harnröhre, die gegen äusseren Druck an ihrer hinteren Portion sehr empfindlich ist. *Rp.: Calomel gr.* vj, *Extr. hyosc. gr.* xij, *S. albi* ℥j, *M. F. P. Div. in p. aeq. N.* 12. 3stündl. 1 Pulver. Die Ränder des Bubo werden mit *Cali caust.* abgetragen, der Chlorzinkverband fortgesetzt. 13. Febr. Die Entzündungen des membranösen Theiles der Urethra stellen sich deutlicher heraus. *Hirud. N.* 12 in's Perinäum. *Ung. merc.* mit *Ol. hyosc. coct.* einzureiben. Die Pulver werden fortgenommen. 17. Febr. Gastrische Beschwerden sind nach dem Aussetzen der Calomelpulver gewichen. Retardirter Stuhl, bedeutende Dysurie, sehr schmerzhaftes Perinäum, Abgang von Blut nach dem Harnlassen. Reichlicher Ausfluss. *Hirud. N.* 8 in's Perinäum, *Clysmata, Catapl. emoll.* auf die Mittelfleischgegend. *Ätum. gr.* xij, *Decoct. Alth.* ℥iij. *S.* zum Einspritzen. 23. Febr. Die Exploration *p. anum* ergab den mittleren Prostatalappen angeschwollen, sehr schmerzhaft bei Berührung. Schon seit mehreren Tagen Tenesmus, gehinderte Stuhlexcretion, der Schmerz concentrirt sich am After. Die Einspritzungen werden gut vertragen. Das Uriniren ist nicht mehr so schmerzhaft, doch kommt immer noch etwas Blut nach. *Catapl. emoll.* und Einspritzungen werden fortgesetzt. 26. Febr. Bedeutende Besserung in jeder Hinsicht, die Faeces so wie der Urin gehen ungehindert und schmerzlos ab. Die Blennorrhöe mässigt sich sehr, kein Blut mehr. Bloss noch Empfindlichkeit des Perinäums gegen äusseren Druck. Die Schanker und der Bubo sind seitdem geheilt. Den 2. März geheilt entlassen.

J. L., 29 Jahre alt, trat am 2. April mit einer Gonorrhöe ein; das Uriniren äusserst schmerzhaft, der Strahl geht nicht voll, sondern sehr dünn, anfangs und gegen das Ende tropfenweise ab. Seit vier Tagen kein Stuhl. *Sal amar., Spec. antigon.* 5. April. Seit gestern geht kein Tropfen Urin mehr ab; der Katheter entleert einen trüben

*) Gewöhnlich wird Jod-Zink-Tannat gewählt: *Rp.: Decoct. Querc.* (*Unc. β*) *Unc.* viij, *Zinc. sulph. Drach.* ij. *D. S.*: Wohlumgeschüttelt.

zersetzten Urin. Der Ausfluss, gleich anfangs sehr gering, stockt gänzlich. Aufgeregter Puls, Kopfschmerz, heisse Haut. *Ung. merc.* in das Perinäum eingerieben. *V. S.* von 12 Unc. 7. April. Beständiger Drang zum Harnen, ohne dass ein Tropfen abgeht, Schmerz nach dem Verlauf der Urethra durch das Perinäum. Die Einführung des Katheters ist besonders schmerzhaft, wenn er sich dem Blasenhals nähert; ein Hinderniss, auf das er hier stösst, wird durch sanften, gleichmässig anhaltenden Druck jedesmal leicht überwunden. 8 Blutegel an das Perinäum, Sitzbäder, Clysmata. Mandelemulsion mit *Hyosc. Extract.* Zum Getränk Mandelmilch. 10. April. *Stat. idem;* nur dass sich der Schmerz nach dem Verlauf der Urethra sehr gemässigt, der Ausfluss, wenn auch sparsam, sich wieder eingestellt hat. Immer noch complete *Retentio urinae;* der Katheter wird alle 12 Stunden eingeführt. Innerlich Calomel-Pulver zu 1 Gr., alle 2 Stunden ein Stück. Der Versuch, einen elastischen Katheter auf kurze Zeit liegen zu lassen, missglückt der heftigen Schmerzen halber, die sich unmittelbar darauf einstellten. 12. April. Noch immer totale Urinverhaltung; die Blasengegend ist selbst gegen den tiefsten Druck nicht empfindlich. Den Calomelpulvern wird Rheum zugesetzt, da der Urin gallig tingirt ist. Ein Bougie bleibt heute ¾ Stunden, ohne sonderliche Schmerzen zu erregen, liegen. Ausserdem mit den Sitzbädern und den Mercurialeinreibungen fortgefahren. Mehrmalige Dejectionen, die ihn sehr erleichtern. Zum Getränk Limonade. 14. April. Der Urin geht seit heute tropfenweise unter dem heftigsten Zwang ab; er enthält immer noch Gallenfarbestoff und macht ein Cruorsediment. Die Blennorrhöe unbedeutend. *Rp.: Sal ammon.* ʒiβ, *Aq. destill.* ʒv, *Aq. lauroc. Syrup. com.* ää ʒβ. *D. S.* Alle Stunden einen Löffel. (Eisenmann.) 18. April. Der Urin geht besser ab, in vollerem Strahl, doch noch absatzweise und unter dem heftigsten Drängen. Der Ausfluss ist verschwunden, der Durchgang des Urins durch die Urethra brennt noch heftig. Gegen beginnende Salivation: *Aq. chlori*, kaffeelöffelweise in Eibischthee zum Mundwasser. Geheilt entlassen den 22. April.

Orchitis.

Sie war immer primär eine Epididymitis und blieb es auch in der grössten Mehrzahl der Fälle; Anschwellung des Samenstranges, so dass man ihn noch innerhalb des Leistenkanals fühlen konnte, kam immer in Fällen vor, die sich durch ihre Heftigkeit, durch die Intensität des Schmerzes, durch bedeutende Geschwulst des ganzen Hoden auszeichneten. Nicht häufig kam Erguss in den *Tunic. vagin. comm.* vor. Wenn Velpeau vor zu frühzeitiger Punction warnt, so findet das darin seine Erklärung, dass das durch die gleichzeitig bestehende Orchitis in das Parenchym der Drüse selbst gesetzte Exsudat durch den Druck der in der *Vagin. comm.* ergossenen Flüssigkeit vielleicht eher zur Resorption bestimmt wird; andererseits muss freilich zugegeben werden, dass schon bestehende Stase durch solchen Druck nur unterhalten werden muss *). Gewöhnlich verlangen solche Hydrocelen keine besondere Rücksicht bei der Behandlung; leichtere Fälle mit geringer Menge des Ergusses verschwinden unter dem gegen die Orchitis gerichteten Verfahren; besonders hat sich auch in solchen Fällen die Compression nach Fricke bewährt. Dagegen hatten wir einige Mal Gelegenheit, die Nutzlosigkeit aller, besonders von französischen Aerzten empfohlenen äusserlichen, die Resorption antreibenden Mittel zu erfahren, als methodische Application von Blasenpflastern, Salmiakfomentationen, Mercurfrictionen etc., bis die einfache Punction die Flüssigkeit innerhalb 24 Stunden entleerte. Es fand sich der Hode noch geschwollen, doch sank er in wenig Tagen auf seine fast normale Grösse zusammen. Die Behandlung der gewöhnlichen Orchitis resp. Epididymitis besteht aber darin: Der Kranke muss beständig liegen, der Hode wird durch Unterstützung horizontal gelagert und mit warmen Baumwollentüchern eingehüllt; dabei strenge Diät und eine diaphoretisch-antiphlogistische Mixtur **) gegeben. Es ist eine alte Erfahrung, dass Nausea der Resolution einer Orchitis günstig ist; bei der schon bestehenden Neigung zu gastrischen Störungen wird der Kranke durch eine solche Mixtur in eine der Eckelkur ähnliche Disposition, nur geringeren Grades, versetzt; Uebelkeit, Erbrechen, allgemeiner Schweissausbruch sind die Folgen, deren günstiger Einfluss auf die locale Entzündung unverkennbar ist; meist schon nach wenigen Tagen, nachdem die Mixtur halbe und ganze Tage lang ausgesetzt worden, hat der häufig so enorme Schmerz aufgehört, der Hode verträgt selbst schon leichteren Druck, mit einem Wort, um mich eines früheren beliebten Ausdruckes zu bedienen, die Entzündung ist gebrochen. Die Mixtur wird jetzt vertragen, und nach Bedürfniss noch kürzere oder längere Zeit fortgenommen. Es ist der Mühe werth, das äusserst günstige Resultat, das diese Behandlung liefert, näher nachzuweisen. Die Durchschnittszahl der Aufenthaltstage ergiebt sich aus 52 Fällen von *Epididym. gonorrhoica* 11,5 Tage. — Ueber das Verhältniss der Epididymitis zur Gonorrhöe wüsste ich nur hervorzuheben, dass Einspritzungen bei der neben Orchitis bestehenden Gonorrhöe bloss durch die Heftigkeit der Epididymitis oder durch entzündliche Erscheinungen der Urethral-Mucosa, wenn also in seltenen Fällen in den ersten Tagen eines bestehenden Trippers Epididymitis schon auftritt, im Allgemeinen contraindicirt sind. Ich füge übrigens hinzu, dass in der Mehrzahl der Fälle auf unserer Abtheilung immer erst nach Verlauf der ersten 4—6 Tage vom Entstehen der Orchitis an gerechnet, Einspritzungen gemacht werden. Die Ansicht, welche die Epididymitis durch Unterdrückung des Trippers, vielleicht durch Einspritzungen etc. entstehen lässt, ist hoffentlich überwunden. Hinsichtlich der Zeit vom Beginn des Trippers bis zur Entstehung der Epididymitis ist nichts Constantes herauszufinden. Bald tritt sie in den ersten 14 Tagen schon, bald und zwar häufiger nach 4—6 Wochen, selbst wenn gar nichts angewendet worden, auf. Gelegenheitsursachen geben am häufigsten Verkältungen, körperliche Anstrengungen, wiederholter Coitus ab. Wie ein Katarrh des Magens und Duodenums in manchen Fällen Icterus erzeugt durch Fortpflanzung auf die Gallenausführungsgänge, so der Katarrh der Urethra durch Verstopfung der *Duct. ejaculat.* (Henle). Welches sind aber die Momente, die in dem einen Fall einen Katarrh sich so weit ausbreiten lassen, während er in hundert anderen Fällen beschränkt bleibt unter anscheinend gleichen Bedingungen?

*) Die Ansichten von der Entstehung eines solchen Ergusses gehen ohnedies im Allgemeinen dahin, dass demselben eine passive Stase vorausgehe. Hacker, prakt. Handbuch der syphilitischen Krankheiten. Leipzig, 1847. I. Th. Blennorrhöen. Ricord's Vorlesungen, von Lippert. Hamburg, 1846.

**) *Rp.: Nitr. depur. Drach.* j, *Tart. stib. gr.* j, *Vin. stib. Drach. β. Aq. flor. Sambuci Unc.* v, *Tinct. opii simpl. Drach. β, Syrup. comm. Unc.* j. *M. D. S.* Stündlich 1 Löffel.

Symptomata primaria.

a. Condylomata.

Dass wir noch den generellen Namen Condylome haben, ist ein Beweis, dass sich bei uns in Deutschland die Ansicht von der specifischen Verschiedenheit breiter und spitzer Condylome noch nicht das ihr gebührende Recht hat erkämpfen können. Ich werde weiter unten näher darauf eingehen, und bemerke, dass ich zunächst von den breiten Condylomen, den *tubercul. muqu., pustul. plat., tumid.* etc. der Franzosen spreche. Es ist allerdings schwierig, diesen ihre richtige Stelle in der Aufeinanderfolge der Erscheinungen anzuweisen. Wenn sie Johnson den Uebergang von der nicht-virulenten zur virulenten Syphilis bilden lässt, so betrachtet sie Ricord als die Brücke von den primären Symptomen zu den secundären, führt sie aber später immer als secundäre Erscheinungen auf. Ich glaube, dass Ricord hier der Einfachheit und Strenge seines Systems zu Liebe etwas übersieht. Er berührt die Punkte, die hier Schwierigkeiten machen, ohne sie in ihren Folgerungen zu würdigen. In seinem Buche: *Traité des malad. vén.* S. 152 gesteht er anfangs, dass die *tuberq. muq.* bei einigen Individuen das erste Symptom, mit dem die Syphilis beginne, zu sein schiene. Die Unmöglichkeit aber, sie zu inoculiren, bestimmt ihn, gleich darauf fortzufahren: *„Symptome bizarre, voilé dans son debut, insidieux dans sa marche, il constitue a accident de transition entre le point de depart regulier et caractéristique de la syphilis, le chancre et les accidents d'infection général.“* Ist nun Ricord die Inoculation breiter, nässender Condylome nicht gelungen, so haben sie doch Wallace und Baumès übertragen, und die tägliche Erfahrung beweist ja dies, wenn an den entsprechenden Stellen einander berührender Flächen solche auftreten, oder dort, wo ihr Secret, durch Unreinlichkeit begünstigt, längere Zeit verweilt, wie in den Afterfalten. So viel ist Thatsache, dass breite Condylome als primäres Symptom sehr häufig auftreten. Eben so gewiss ist aber ihr Auftreten als secundäre Erscheinung, als Ausdruck constitutioneller Syphilis. Mag es sich mit ihrer Inoculations-Unfähigkeit verhalten wie es will, — in ihrem häufigen Vorkommen auf allen möglichen anderen Schleimhäuten, als der der Genitalien, nach vorausgegangenem Schanker, liegt Beweis genug für diese Behauptung. Was sie aber wirklich als Mittelglied zwischen Schanker und secundärem Symptom erscheinen lässt, ist die auch von Ricord hervorgehobene Beobachtung, dass sich häufig aus einem Schanker *in loco* ein *tuberq. muq.* bildet, nicht aber, glaube ich mit Bestimmtheit hinzusetzen zu dürfen, umgekehrt aus einem Condylom ein Schanker. Auch daraus darf man schliessen, dass sie, so zu sagen, höher stehen als der Schanker, d. h. dass sie der Ausdruck einer constitutionellen Krankheit sind, und auch deshalb zu den secundären Erscheinungen zählen.

Noch immer nicht hat sich, wenigstens in Deutschland, die Ansicht von der wesentlichen Verschiedenheit spitzer und breiter Condylome allgemeine Geltung verschaffen können. Noch nicht für Alle ist es eine ausgemachte Thatsache, dass spitze Condylome mit dem, was man specifisch syphilitisch nennt, nichts gemein haben, dass sie ein

zufälliges Accidens syphilitischer Erscheinungen sind, das unter den dabei gegebenen Bedingungen allerdings am leichtesten und häufigsten entsteht, keinesweges aber bloss unter solchen Bedingungen. Ingarden*) und Ricord heben am schärfsten diesen Unterschied hervor, und Ricord hat zuerst die Erfahrung gemacht, die seitdem von allen Seiten bestätigt und bekräftigt werden muss, dass spitze *Condylomes Végétations* immer mit Blennorrhöen zusammen vorkommen, und nicht eher gründlich zu beseitigen sind, bis diese getilgt ist. Mehrmals haben wir sie unter unseren Augen entstehen sehen bei einfacher Blennorrhöe. So in einem Fall, der gegenwärtig noch in Behandlung ist: M. H., die bei ihrem Eintritt, ausser einem *fluor. uter.* ohne Excoriationen oder Granulationen des äusseren Muttermundes, keine weiteren Erscheinungen darbot, wird seit Wochen an diesem Fluor behandelt. Die gewöhnlichen Injectionen (*Argent. nitr. gr.* v, *Aq. destill.* ℥j) riefen bei ihr nach mehrmaligen Versuchen immer wieder Blutungen aus dem Uterus mit intensivem, tief in der Schoossgegend sitzendem, durch äusseren Druck gesteigertem Schmerz hervor, so wie die gewöhnlichen sympathischen Erscheinungen in den ersten Wegen. Die letzte Blutung hielt länger an und war nicht unbeträchtlich, anämische Erscheinungen, Congestionen, zwischen Milz, Leber und Pleura wechselnd, traten auf, kurz die Kranke kam erst nach Verlauf von 18 Tagen wieder zur Untersuchung. Die Erfahrung, die wir schon oft gemacht, dass selbst während und nach bedeutenderen Blutungen aus dem Uterus in Folge kräftiger Einspritzungen der *fluor uter.* ruhig fortbesteht, bestätigte sich hier auch; Sitzbäder oder allgemeine Bäder hatte sie seitdem nicht bekommen, und so durften wir uns nicht wundern, eine ganze Saat spitzer, meist gestielter Condylome an der inneren Schenkelfläche, den äusseren Genitalien, besonders an der *Commissura infer.* und den Afterfalten, zu finden, von denen nicht die geringste Spur vorher vorhanden gewesen. — Ausser dieser innigen Beziehung zwischen Blennorrhöe und spitzen Condylomen sind letztere vor den breiten Condylomen besonders durch die Hartnäckigkeit ausgezeichnet, mit der sie jeder, selbst der kräftigsten mercuriellen oder nicht mercuriellen, antiphlogistischen oder sonstigen Allgemeinbehandlung trotzen. Die Beobachtung wiederholt sich oft, dass primäre und secundäre Erscheinungen, neben denen spitze Condylome bestehen, durch Mercur und Jod geheilt werden, ohne dass diese im Geringsten sich ändern, bis sie örtlich angegriffen werden. Allein selbst bei localer Behandlung nimmt ihre gründliche Beseitigung, sobald sie als aggregirte, zu grossen Plateau's vereinigte, wie an der äusseren Fläche der grossen Labien, auftreten, die Geduld des Arztes nicht wenig in Anspruch. Der günstige Einfluss der Sublimatbäder ist bei ihnen sehr beschränkt; mehr als 15—20 bringen nicht die geringste Veränderung mehr an ihnen hervor. Die Plenk'sche Solution leistet auch das ihrige, reicht aber in hartnäckigen Fällen eben so wenig aus. Die stärksten Caustica, Aetzkali, Wienerpaste, concentrirte Sublimatsolution etc. zerstören sie momentan; sobald sich aber das unterliegende Gewebe regenerirt, wachsen mit ihm auch nicht selten die spitzen Condylome wieder**), sei es, dass die Blennorrhöe noch fortbesteht, oder dass durch längeres Bestehen die Entartung des Gewebes gleichsam habituell geworden. Ueber diese wesentlichen Unterschiede nun zwischen breiten und spitzen Condylomen giebt die histologische Untersuchung beider Arten keinen Aufschluss; wie so oft in unserer Medicin, so hinkt auch hier die wissenschaftliche Begründung der praktischen Ueberzeugung weit hinten nach. Ingarden***) glaubt, „dass die Tripper-Condylome in einer Wucherung der oberen Hautschichten, nämlich der Oberhaut und des Malpighischen Netzes, die syphilitischen aber in einer Wucherung der Lederhaut, und vielleicht auch des Unterhautzellgewebes begründet seien.“ Lebert †) spricht eine ähnliche Ansicht aus, er habe nie Fasern, nur runde oder eckige Zellen wahrnehmen können; er rechnet sie deshalb zu den Epithelialgeschwülsten, unter denen er Wucherungen des Epitheliums einer Mucosa, oder der Epidermis der Cutis versteht. Allein Simon ††) und Krämer †††) haben Blutgefässe in denselben deutlich gesehen, und das Bluten derselben beim Abtragen mit der Scheere wäre doch auch ein Beweis für ihren Gefässreichthum. Krämer's Ansicht, „die Bildung der Condylome beruhe auf Ectasie der ursprünglichen Gefäss-Schlingen der Hautpapillen und dadurch gleichzeitig gesteigerter Epithelialproduction“ erinnert doch etwas an jene von der heutigen physiologischen Histologie wohl überwundene Anschauung von der „Verlängerung“ und dem „Hineinwachsen“ normaler Gefässe in entzündetes Gewebe, wie sie Walther vertritt. Vollkommen beistimmen muss ich aber Krämer, dessen Gewandtheit in histologischen Untersuchungen ich aus eigener Anschauung kenne, wollte er seine Ansicht von primärer Ectasie der Gefäss-Schlingen fallen lassen, und dieselbe auf eine krankhafte Vergrösserung der Hautpapillen durch neugebildetes Bindegewebe beschränken. In der That halte ich nach meinen, allerdings nicht so ausgedehnten histologischen Untersuchungen, in Uebereinstimmung mit Simon, die spitzen Condylome für Granulationen zwischen den durch Stase erweiterten Gefässen einer Hautpapille, von normaler, bloss in zu grosser Menge erzeugter Epidermis, oder hypertrophischem Epithelium überkleidet. Die breiten Condylome sind ebenfalls wesentlich Granulationen zwischen und auf den Bindegewebsfibrillen der Cutis, wobei sich übrigens das Gewebe zwischen den einzelnen Papillen gleichmässig mitbetheiligt. Die Oberhaut geht mehr oder weniger verdünnt über sie hinweg, fehlt aber auch oft gänzlich. Was den Grad ihrer Consistenz, d. h. die Organisationsstufe des neu abgesetzten Blastems betrifft, so stehen sie zwischen dem wuchernden, nach Elevation strebenden Ulcus, bei dem die Zelle vorherrscht vor der Faser, und dem spitzen Condylom, bei dem die Faser prävalirt, mitten innen, d. h. sie kommen in allen gradweisen Abstufungen zwischen diesen beiden Formen vor. — Ricord's Ausdruck *Végétations* für die spitzen Condylome ist sehr glücklich gewählt. Beruht vielleicht die Unmöglichkeit, dieselben durch innerlich gereichte Mittel anzugreifen, auf ihrer allerdings nicht totalen Abschliessung von dem Kreislauf der Cutis? auf der einer Einklemmung ähnlichen Abschnürung der hypertrophirten Papillen? Ihr Ueberzug von normaler, ja verdickter Epidermis macht starke, die Oberhaut zerstörende Caustica nöthig, während zur Beseitigung des schwammigen nur leicht oder gar nicht bedeckten Gewebes der breiten Condylome gewöhnliche Salzlösungen, wässerige Sublimatsolutionen und andere hinreichen, käme es immer nur darauf an, die letzteren schnell äusserlich verschwinden zu machen. Was die meisten Schriftsteller über die die Feigwarzen begünstigenden Constitutionen sagen, müssen wir bestätigen; jene Fälle, die sich durch ihre Hartnäckigkeit auszeichneten, betrafen immer Weiber von lymphatisch-venösem Habitus; sie waren fett, blass, schwammig, wie man zu sagen pflegt, mit träger Circulation und retardirtem Stoffwechsel. — Subcutane Condylome habe ich nicht beobachtet.

(Schluss folgt.)

*) Syphilidologie von Ingarden. Wien, 1845.

**) Dasselbe gilt von den Warzen an den Händen der Anatomen, die Henle bekanntlich, gewiss mit Recht, mit den Condylomen zu den dyscrasischen Entzündungen stellt. Seitdem ich Sectionen mache, habe ich beständig solche Tuberkeln an der einen oder der anderen Hand, und nur zu oft habe ich die Erfahrung gemacht, dass Aetzungen mit Aetzkali, die die ganze Dicke der Cutis zerstörten, das Wiederauftreten der Tuberkeln an derselben Stelle nicht verhinderten.

***) Syphilidologie S. 426.

†) *Physiologie pathologique. Paris, 1845.*

††) Die Hautkrankheiten, durch anatom. Untersuchungen erläutert. Berlin, 1848.

†††) Krämer, über Condylome und Warzen. Göttingen, 1847.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Uebersicht der in der stationären und in der ambulatorischen chirurgisch-augenärztlichen Klinik der K. Universität zu Bonn vom 1. Oct. 1847 bis Ende Sept. 1848 vorgekommenen Ereignisse.

Von
dem Director der Anstalt, Dr. C. W. Wutzer.

Die chirurgisch-augenärztliche Klinik zu Bonn entnimmt die Kranken, deren sie für den akademischen Unterricht bedarf, nicht bloss aus der Stadt Bonn, sondern aus weitem Umkreise, aus der Rheinprovinz und den angränzenden Kreisen Westphalens. Mit der Stadt besteht ein Contract, nach welchem diese, gegen eine von derselben jährlich zu zahlende Vergütigung, ihre armen Kranken, sowohl chirurgische, als medicinische und geburtshülfliche, der Universitäts-Klinik überweist; die Directoren und Hülfsärzte dieser übernehmen demgemäss die ärztliche Behandlung jener Kranken, je nach dem Bedürfnisse, entweder ambulatorisch, oder, nach Aufnahme derselben in das akademische Hospital, zugleich mit der Hinzufügung der zweckmässig geordneten diätetischen Verpflegung. Aus der Provinz werden chirurgische und Augenkranke besonders deshalb der Klinik häufig überwiesen, weil es den kleineren Städten und den Dörfern zur Zeit noch an aller Gelegenheit mangelt, ihre einer passenden Hospitalverpflegung bedürftigen Kranken in der Heimath unterzubringen. Wer die zur Heilung hartnäckiger Krankheiten überhaupt, besonders aber zur erfolgreichen Ausführung von chirurgischen Operationen durchaus ungenügende Einrichtung der Haushaltungen armer Landbewohner kennt, wird die von vielen Seiten her geforderte Einrichtung von Kreis- oder Districtshospitälern als unentbehrlich betrachten müssen, wenn den billigen Anforderungen der armen Leidenden

einigermaassen Genüge geleistet werden soll. Manche durch Versäumniss und Verschleppung unheilbar gewordene Kranke wurden der Klinik zugeführt und mussten zurückgewiesen werden, welche durch zweckmässige Verpflegung im ersten Beginn ihrer Uebel mit Leichtigkeit und geringen Kosten gerettet und ihren Familien erhalten worden sein würden. Das thatsächlich nicht bloss bestehende, sondern auch lebhaft empfundene Bedürfniss an Krankenhäusern für das flache Land lässt sich zum Theil noch daraus entnehmen, dass viele Gemeinden der Rheinprovinz von Zeit zu Zeit ihre Kranken gegen Zahlung der vorschriftsmässig feststehenden Kosten der Verpflegung (9 Sgr. für den Tag) der chirurgischen Klinik zusenden, woraus dieser eine jährliche Einnahme von 1600 bis 1900 Thlr. erwächst. Im Jahre 1848 betrug dieselbe 1915 Thlr. 6 Sgr. Es ergab sich dagegen eine Zahl von 9135 Verpflegungstagen, so wie ein durchschnittlicher Kostenbetrag pro Tag und den Kranken zu 5 Sgr. 11 Pf. für Beköstigung und 1 Sgr. 7 Pf. für Arzneien. Durch jenen Zuschuss zu dem vom Staate gewährten etatsmässigen Fonds ist das Institut dahin gelangt, nicht nur die Anzahl der Freistellen für arme Kranke ansehnlich steigern und dadurch den Studirenden eine ausgedehntere Gelegenheit zur Beobachtung und Belehrung verschaffen zu können, sondern auch das sonstige Unterrichtsmaterial so weit zu vermehren, dass der hier vorhandene Instrumentenapparat einer der reichhaltigsten Deutschlands geworden, zugleich in den letztvergangenen Jahren ein pathologisch-anatomisches Museum angelegt worden ist, welches bereits eine für die kurze Zeit seines Bestehens ansehnliche Zahl von instructiven Präparaten besitzt, unter denen sich namentlich eine vollständige Reihe von Hernien auszeichnet, die mit ihren Becken in Weingeist aufbewahrt werden. Beide Sammlungen, unmittelbar neben dem Operations- und Lehrsaal aufgestellt, erleichtern die Versinnlichung mancher ohne sie undeutlich bleibender Gegenstände des Unterrichts bedeutend.

Die Zahl der durch die Hospitalklinik im Jahre 1847—48 verpflegten Kranken beträgt 228, worunter 186 chirurgische und 42 Augenkranke. Von ihnen waren 162 Männer und 66 Frauen. Vom Poliklinikum aus wurden 538 Kranke behandelt, und zwar 416 chirurgische und 114 Augenkranke, unter denen sich 384 Männer und 154 Frauen befanden. Die wichtigeren, im praktischen Leben am meisten vorkommenden chirurgischen und Augenkrankheiten boten sich in dieser Krankenzahl der Beobachtung genügend dar; auch fehlte es nicht an seltneren Formen, die der Wissenschaft aufbewahrt zu werden verdienen. In der ersteren Anstalt wurden 120 Operationen ausgeführt, unter denen 26 bei Augenübeln; in der zweiten wurden 145 Operationen nothwendig, von welchen 6 an den Augen. Sie wurden sämmtlich in Gegenwart der Studirenden vorgenommen; die Practicanten assistirten hierbei, auch operirten diejenigen von ihnen, welche die erforderliche Fertigkeit dazu an Leichnamen nachgewiesen hatten, unter Aufsicht selbst. Zur Ausarbeitung ihrer Inaugural-Dissertationen bedienten sich des von der chirurgischen Klinik dargebotenen Materials drei Doctoranden:

1) Franc. Geller, *de resectione pseudarthroseos e femoris fractura ortae Diss. Def. XV. Dec.* 1847.
2) Jac. Schlegel, *de sutura circumvoluta in operatione fistulae vesico-vaginalis adhibenda Diss. Def. XI. Apr.* 1848 und
3) J. P. Frenken, *de calculis in vesica urinaria non libere sitis Diss. Def. VII. Aug.* 1848. *c. tab.*

Folgende Krankheitsfälle dürften aus diesem Studienjahre der Aufbewahrung werth erscheinen.

I. *Ligatura arteriae temporalis;* Arteriotomie.

Der 27jährige Theodor Lucas, Matrose auf einem Dampfschiffe der Kölner Gesellschaft, fiel am 22. September 1848 eine Schiffstreppe hinab und zerschlug mit dem Kopfe eine Tasse von Porzellan. Die Folge hiervon war eine $2\frac{1}{2}$ Zoll lange Wunde in der rechten Schläfegegend, welche ungewöhnlich heftig blutete. Ein zufällig auf dem Schiffe gegenwärtiger Arzt bemühte sich vergebens, die Blutung durch Compression und kalte Umschläge zu hemmen; im Verlaufe von $1\frac{1}{4}$ Stunden, die bis zum Landen des Schiffes in Bonn hingingen, wurde der Verwundete deshalb mehrmals ohnmächtig. Bei der in der Klinik vorgenommenen Untersuchung der Wunde entfernte man zuvörderst aus ihr sechs kleine Porzellanstückchen, worauf Hr. Dr. H. Schäffer die durchschnittene Schläfenschlagader an ihren beiden Enden unterband, und dann die Wundlefzen durch Heftpflaster mässig zusammenzog. Am 30. September konnte Lucas geheilt entlassen werden; nachdem keine Blutung mehr eingetreten war.

Der erzählte Fall erscheint so einfach, dass er hier nur, um einige praktische Bemerkungen an ihn anzuknüpfen, mitgetheilt werden konnte. — Es giebt noch Wundärzte von Ruf, welche behaupten, die Arteriotomie nütze häufig darum nicht, weil es nicht möglich sei, durch sie die gewünschte Quantität Blut zu entziehen. Der obige Fall zeigt, dass die Blutung aus der zerschnittenen *Art. temporalis* vor der zweckmässig ausgeführten Unterbindung ihrer beiden Enden nicht aufhörte. — Schon im Mai 1813 sah ich im Feldlazareth zu Hirschberg einen Soldaten, dem eine Schusswunde in der Schlacht von Lützen die linke Schläfenschlagader zerrissen hatte. Ihm war eine graduirte Compresse mittelst der *Fascia nodosa* auf der Wunde befestigt worden; ihr heftiger Druck hatte aber die oberflächlichen Schichten der Weichtheile in Brand übergeführt, eine sehr ansehnliche Geschwulst erzeugt, und dennoch waren die Nachblutungen auf dem Transporte nach Schlesien so häufig wiedergekehrt, dass der Mann fast sterbend in Hirschberg anlangte. Nur die Unterbindung beider Enden der Arterie, die wegen der grossen Geschwulst bedeutende Schwierigkeiten darbot, vermochte das Leben zu retten. — Späterhin habe ich die Oeffnung der *Art. temporalis* häufig unternommen, um arterielles Blut zu entleeren, namentlich bei den höheren Graden der *Ophthalmia contagiosa*, wenn die Existenz des Bulbus selbst bedroht war. Jedesmal entzog ich mit Leichtigkeit das vorher bestimmt gewesene Blutquantum, oft mit überraschend glücklichem Erfolge. Mein verehrter Freund Joh. Müller hat sich des auf diese Weise aus des Klinik zu Bonn erhaltenen arteriellen Blutes zu physiologischen Untersuchungen bedient. Wenn jemals die geöffnete Arterie nicht hinlänglich Blut gab, so ist der Grund hiervon in der mangelhaften Ausführung der Operation zu suchen, indem die Arterie hierbei nicht etwa durchschnitten werden darf, sondern genügend entblösst und dann in ihrem Längendurchmesser angestochen werden muss, damit sie sich nicht zurückziehen könne. Auch ist kaum abzusehen, warum der fortgesetzte Stamm der *Carotis externa* nach seiner Verwundung nicht kräftig bluten sollte, sofern die Kraft des Herzens durch Ohnmacht nicht etwa gelähmt worden ist. Nachdem der Zweck der Operation erreicht worden, muss aber ein Faden unterhalb, der andere oberhalb der kleinen Oeffnung umgelegt und zugezogen werden; Compression ist nicht bloss ungenügend, sondern gradezu nachtheilig.

Wird man heutigen Tags noch behaupten wollen, dass es gleichgültig sei, ob man zur Erreichung eines Heilzweckes arterielles oder venöses Blut entziehe? Die Erfahrung hat mich belehrt, dass dies bei manchen ächten Entzündungen höheren Grades am Kopfe gewiss nicht der Fall ist. Die Arteriotomie ist in der That auch wohl nur darum in Verfall gerathen, weil für sie kein gewöhnlicher Aderlasser ausreicht, sondern ein geübter Operateur gefordert wird, nächstdem, weil sie ungleich schmerzhafter als die Venäsection ist, — Gründe, die jedoch, wo das Leben oder ein edles Sinnesorgan auf dem Spiele steht, leicht genug in das Gewicht fallen.

II. *Ligatura arteriae cruralis.*

1) Anna Maria Vasen, ein 25jähriges, kräftig constituirtes Mädchen aus Geyen, Landkreises Cöln, hatte durch vernachlässigte Kniegelenk-Entzündung Knochenfrass und Verjauchung des Gelenks erlitten. Ein daraus hervorgegangenes hektisches Fieber machte die Amputation des Oberschenkels unentbehrlich, die von mir am 24. Januar 1848 mit zwei Lappen ausgeführt wurde. Der Erfolg war so günstig, dass die grosse Operationswunde bis zum 8. Februar durch die schnelle Vereinigung zugeheilt war, mit Ausnahme des unteren Wundwinkels, aus welchem zwei noch festsitzende Ligaturfäden heraushingen, unter ihnen der die Schenkelarterie umgebende. An diesem Tage stand die Operirte ohne Erlaubniss auf und hüpfte übermüthig im Zimmer auf dem gesunden Beine herum. Am 9ten folgte hierauf eine arterielle Nachblutung, die durch eine fest angelegte Binde gestillt wurde. Am 10. fiel die letzte Ligatur aus. Am 12. Febr. entstand eine abermalige geringere arterielle Blutung um 5 Uhr Abends, die sich um 10 Uhr so heftig wiederholte, dass nur schleunige Unterbindung der Arterie das Leben retten zu können schien. Der anwesende Assistenz-Arzt, Herr Dr. H. Schäffer, unternahm diese Operation bei künstlicher Beleuchtung, und zwar so, dass die Schenkelarterie nahe unter dem Fallopischen Bande, oberhalb ihrer grossen Aeste, unterbunden wurde. — Am 4. März löste sich der hierzu gebrauchte Unterbindungsfaden. Die Heilung schritt darauf ohne ferneres Hinderniss vor. Die Operirte wurde am 8. April entlassen, und befindet sich gegenwärtig zu Brauweiler in kräftigem Gesundheitszustande.

2) Der 25jährige Sattler Johann Stahl aus Wissen Kreises Altenkirchen wurde am 3. October 1848 der Klinik in höchst lebensgefährlichem Zustande aus Neuwied zugeführt. Er hatte sich hier vor drei Wochen während der Arbeit mit einem ausgleitenden Messer in die inwendige Seite des linken Oberschenkels gestochen. Ein hinzugerufener Arzt stillte die ungewöhnlich heftige Blutung mittelst Compresse und umgelegter Binde. Mehrere starke Nachblutungen veranlassten stärkeres Anziehen der Binde. Als aber dennoch am 3. October durch wiederholte Blutung Lebensgefahr eintrat, wurde der Verwundete in einem Nachen den Rhein abwärts nach Bonn gebracht, wo er Abends anlangte. Wir fanden den linken Schenkel mit einem Feldtourniquet umgeben, dessen Band jedoch in die enorm geschwollenen

Theile tief eingeschnitten hatte, so dass es kaum mehr sichtbar war. Offenbar musste das Tourniquet sogleich fortgeschafft werden, wenn nicht Brand eintreten sollte, und doch würde eine nochmalige Blutung den todtschwachen Mann wahrscheinlich getödtet haben. Wir schritten demnach sogleich, um 9 Uhr Abends, zur Operation der Unterbindung, die ich unter Beihülfe der Herren D. D. Schäffer, G. Mayer und E. Weber, mittelst eines 5 Zoll langen Schnittes durch die Geschwulst einleitete, der dem Verlaufe der Schenkelarterie genau folgte und die kleine Stichwunde zum Mittelpunkte hatte. Nach Spaltung der *Fascia lata* entleerte sich eine sehr beträchtliche Menge geronnenen Blutes, welche wir gegen drei Pfund schätzten. Diese Masse hatte sich zwischen den langen Muskeln einen etwa 10 Zoll langen Sack gebildet, in dessen hinterer, allenthalben schwärzlich gefärbten Wand die Arterie pulsirte. Ihr Verlust und der Zustand ihrer Häute war durch infiltrirtes Blut vollkommen unkenntlich geworden, und um ihre Wunde zu finden, musste wiederholt das Compressorium gelüftet werden, durch welches die Schlagader gegen den horizontalen Ast des Schambeins angedrückt wurde. Nachdem ihre Lage jetzt durch das Hervorrieseln hellrothen Blutes mit Sicherheit constatirt worden war, führte ich einen starken Faden 1½ Zoll oberhalb, einen zweiten Faden 1½ Zoll unterhalb der Wunde um die Arterie. Die Pulsation der letzteren hörte abwärts sogleich auf; dessenungeachtet begann die Blutung von neuem, so oft der Druck am Schambein aufhörte, wenngleich schwach. Die Anlegung von einem Faden unmittelbar über, und einem dicht unter der Wunde, folgte jetzt; doch auch sie genügte noch nicht. Wir mussten also annehmen, dass irgend ein Communicationszweig aus der Gegend der Wundlefzen der Arterie Blut von einem Nachbarstamme empfange, und so entschloss ich mich, ein fünftes breiteres Fadenbändchen unmittelbar über die Wundöffnung selbst zu knüpfen. Jetzt stand die Blutung vollständig und die Kräfte des jungen Mannes erholten sich späterhin rasch. — Am 18. October löste sich der letzte Ligaturfaden Morgens früh; bald darauf entstand eine starke arterielle Blutung. Ohne Zögern erweiterte ich sogleich den frühern Schnitt nach oben, fand die Arterie, so weit die ältere Wunde gereicht hatte, durch Exsudat verdickt, von mehreren Geschwüren durchbort, und unterband sie deshalb nun höher oben, 1½ Zoll unter dem Fallopischen Bande, da, wo jene Zeichen aufhörten, und die Häute der Arterie vollkommen gesund erschienen. Jetzt kehrte die Blutung nicht mehr zurück und die Heilung erfolgte ohne weiteres Hinderniss. Nur die zögernde Herstellung der freien Beweglichkeit des operirten Schenkels erhielt den Mann noch bis zum 21. Januar 1849 in der Klinik, wo er geheilt entlassen wurde.

Der Fall beweist abermals, dass die Anel-Hunter'sche Methode der Unterbindung oberhalb der kranken Stelle des Gefässes, mehr oder minder entfernt von ihr, stets unsicher bleibt, namentlich, wenn durch vorhergegangene längere Unterbrechung der Circulation in dem Stamme der leidenden Arterie ihre Nebenzweige genöthigt worden sind, sich auszudehnen. Bei den Gefässen der Oberextremität ist dies, wegen der stärkeren Anastomosen, in noch viel höherem Grade der Fall. Aber auch bei den der Unterextremität wird die uralte Methode des Antyllus stets ihre grossen Vorzüge behalten. Sogar diese reichte für unsern Verwundeten noch nicht aus, die Arterienwunde selbst musste direct zugebunden werden; auch würde dies für die Dauer vollkommen genügt haben, wenn man vorher nicht drei Wochen Zeit verloren hätte, ehe es zu der hier allein Rettung bringenden Unterbindung kam. Der wochenlang, bei gleichzeitiger Blutanhäufung zwischen den Muskeln, fortgesetzte Druck auf die Arterie hatte diese aber endlich krank gemacht, ohne dass es möglich gewesen war, dies bei der ersten Operation genügend zu erkennen, und so musste späterhin noch eine Ligatur hoch oben hinzugefügt werden. Man darf aber mit Recht behaupten, dass unter den obwaltenden Umständen nur durch die Verbindung beider Methoden die endliche Rettung des Gliedes und des Lebens möglich wurde. — Eine Reihe von unglücklichen Ereignissen nach Operationen mittelst Hunter's Methode hat in mir die Ueberzeugung begründet, dass diese Methode, die man hier und da zur allgemein gültigen erheben wollte, nur für seltnere Ausnahmen von der Regel passt.

III. *Trismus.*

Die 44jährige Frau Sibylla Gumperz aus Deutz hatte vor vier Wochen an einer Mandelbräune gelitten, die in Abscessbildung überging. Ein Arzt öffnete den Abscess und leerte den Eiter aus. Am Abende desselben Tages ging die Frau aus, erkältete sich, und vermochte nun am nächsten Morgen nicht mehr den Mund frei zu öffnen, — ein vollständiger Trismus hatte sich entwickelt. Die dagegen benutzten Mittel blieben ohne Erfolg; man war genöthigt, der Frau zwei gesunde Zähne auszuziehen, um ihr durch die Lücke kümmerlich flüssige Nahrungsmittel beizubringen. Am 8. Juni 1848 wurde sie in die Klinik zu Bonn aufgenommen; beide Zahnreihen lagen jetzt fest aufeinander, — nicht die mindeste Bewegung des Unterkiefers war möglich und beide Kaumuskeln erschienen holzartig fest zusammengezogen. Der Ausdruck tiefsten Leidens war über dem abgemagerten blassen Gesicht ausgebreitet. — Die Frau wurde zunächst wiederholt dem Einathmen des Chloroforms unterworfen, mit dem Resultate, dass, so lange die dadurch bewirkte Anästhesie andauerte, die Masseteren erschlafften und die Unterkinnlade herabgezogen werden konnte, — sobald aber jene Wirkung aufhörte, auch der tonische Krampf wieder eintrat. Vergebens schmeichelte man sich mit der Hoffnung, dass die günstige Einwirkung des Mittels allmälig eine bleibende werden möchte; sie zeigte sich stets nur als eine flüchtige, rasch vorübergehende, — die in dieser Hinsicht angeregten Erwartungen dürften, der höchst flüchtigen Natur des Chloroforms angemessen, wohl für immer getäuscht werden. Mit Rücksicht auf die Veranlassung zu dem Trismus gab man der Frau jetzt täglich zwei warme Bäder mit kaustischem Kali, hüllte sie dann jedesmal in wollene Decken und flösste ihr schweisstreibende Getränke reichlich ein. Auch wurde nicht versäumt, ihr Morphium endermatisch hinter beide Ohren einzustreuen. Schon während des ersten profusen Schweisses öffnete sie den Mund; mit jedem folgenden Schweisse geschah dies anhaltender. Gleichzeitig trat die Monatsperiode ein, die wegen des Säugens eines Kindes bis dahin nicht vorhanden gewesen war, und die Heilung schritt jetzt so rasch vorwärts, dass die Frau bereits am 16. Juni gesund entlassen werden konnte.

IV. *Hernia inguinalis mobilis.*

Die Aufgabe der Heilung eines beweglichen Leistenbruches durch Operation bildet bekanntlich noch bis heute den Gegenstand einer Controverse unter den Aerzten. Es scheint, dass man von einer solchen Operation das Unmögliche gefordert hat, und weil sie dies nicht zu leisten vermochte, auch den sehr reellen Nutzen, welchen sie unzweifelhaft bringen kann, geringschätzig behandelte. Nachdem die herumziehenden Bruchschneider Jahrhunderte lang unsägliches Unheil veranlasst hatten, empörte sich endlich mit Recht die geläuterte Chirurgie gegen ihre Missbräuche; man verabscheute die Operation fortan tief, ohne sich zu einer gründlichen Untersuchung des auffallenden Phänomens herabzulassen, dass die Bruchschneider beinahe zwei Jahrtausende lang ihr Wesen handwerksmässig hatten treiben können, ohne dass die von ihnen erwartete Hülfe jemals sollte geleistet worden sein. Wenn aber eine solche gänzliche Nutzlosigkeit undenkbar ist, so muss unsere heutige, auf topographische Anatomie und auf Physiologie gegründete Chirurgie im Stande sein, die Verhältnisse wissenschaftlich festzustellen, unter welchen eine Operation des beweglichen Bruches wahrhaft heilbringend, unter welchen sie nutzlos und unter welchen sie schädlich ist.

Nachdem ich im Jahre 1840 den Versuch, die letztere Aufgabe durch eine ausführlichere Arbeit zu lösen, gemacht hatte (Organ für die gesammte Heilkunde Bd. 1. Heft 1.), so wurde die von mir empfohlene Methode zuerst in Belgien praktisch geprüft. Hr. Sotteau in Gent suchte sie nach seiner Art umzugestalten und zu verbessern, mit so unglücklichem Erfolge, dass die bruchkranken Soldaten, welche ihm zur Heilung zugesendet wurden, nach der Operation gebrechlicher als vorher waren. Hr. Lutens in Antwerpen operirte einen syphilitischen Bruchkranken in zehn Tagen zwei Mal, ohne dass sein Zustand eine solche Eile irgendwie gerechtfertigt hätte, und schleuderte das Anathem gegen die Operation, als der unglückliche Operirte endlich an einer Peritonitis starb. „Und wo die Kunst gesunken ist, ist sie stets durch die Künstler gesunken"; — nach jenen Vorgängen will man in Belgien von einer solchen Bruchoperation jetzt nichts mehr hören.

In Deutschland hat bisher, soviel mir bekannt geworden, nur ein Wundarzt, Hr. Professor Rothmund in München, den von mir ausgesprochenen Grundsätzen thatsächliche Anerkennung zu Theil werden lassen (s. Häser's Archiv Bd. IX. Heft 2.). Seine Erfolge sind viel glücklicher gewesen als die meinigen, und es lässt sich erwarten, dass sie etwas dazu beitragen werden, den irrationellen Widerwillen vieler deutscher Chirurgen gegen die Operation zu vermindern. Doch ich vergesse die in der jüngsten Epoche dafür gelieferten grossartigen Beweise, dass die Deutschen lange Zeit brauchen, um ein eingewurzeltes Vorurtheil abzustreifen!

Operationen der Art sind nun von mir in jedem klinischen Halbjahre vor zahlreichen Beobachtern, grossentheils mit, zum Theil aber auch ohne den erwarteten glücklichen Erfolg vorgenommen worden. Niemals ist indessen durch sie irgend eine Lebensgefahr herbeigeführt worden, in welcher Hinsicht ich mich auf das Zeugniss der seit zwölf Jahren hier anwesend gewesenen Kliniker berufen darf. Der grosse Vortheil der Methode beruht darauf, dass die richtige Handhabung des Invaginatorium es erlaubt, den Grad der beabsichtigten adhäsiven Entzündung nach Belieben zu vermehren oder zu vermindern. Die radicale Heilung würde ohne Zweifel noch öfter herbeigeführt worden sein, wenn mir die Wichtigkeit des „*haud nocuisse*" weniger lebhaft vor

Augen geschwebt hätte; dennoch habe ich alle Ursache, mit dem Verhältnisse der Geheilten zu den Ungeheilten zufrieden zu sein, wenn ich diese Operation mit anderen operativen Eingriffen von ähnlichem Umfange vergleiche. Der Zweck dieses Aufsatzes erlaubt indessen nur einen jener Fälle aus dem verwichenen Jahre mitzutheilen.

Der 20jährige Dienstknecht Matthias Bauer aus Hersel wünschte von einem beweglichen äusseren Leistenbruche der linken Seite befreit zu werden, der schon durch den Bauchring bis in den oberen Abschnitt des Hodensacks herabgesunken war. Die Untersuchung ergab, dass der äussere Leistenring zu eng sei, um irgend eines der vorhandenen Instrumente aufzunehmen. Es musste deshalb für ihn ein eigenes, dünneres Invaginatorium angefertigt werden, welches denn am 8. November 1847 in den Leistenkanal unter den Cautelen eingelegt wurde, welche in dem oben angeführten Aufsatze ausführlich beschrieben worden sind. Ich halte es für rathsamer, hinsichtlich der verschiedenen Capacität der Leistenkanäle mehrere Cylinder vorräthig zu halten, als mit Hrn. Prof. Rothmund dem einzelnen Cylinder eine künstliche Einrichtung zu geben, durch welche er nach Belieben ausgedehnt oder zusammengezogen werden kann. Möglichste Einfachheit des Apparats behält stets überwiegende Vortheile. Die Erscheinungen adhäsiver Entzündung, welche das Instrument durch seinen mechanischen Druck veranlasst, wurden bis zu einem mässigen Grade gesteigert, indem man die Deckplatte allmälig etwas fester anzog. Am 16. November nahm man das Instrument heraus. Die Heilung erfolgte, bei ruhiger Rücklingslage, ohne irgend einen unangenehmen Zufall. Vier Wochen nach der Operation wurde ihm erlaubt, mit einem Bruchbande versehen, aufzustehen; der mehrere Monate lang fortgesetzte Druck des letzteren muss nämlich nachher jederzeit noch hinzukommen, um das frisch erzeugte Narbengewebe hinlänglich zu befestigen. Am 4. Januar 1848 wurde er entlassen. Da er im Frühling 1849 in dem nahen Poppelsdorf diente, so fanden wir dadurch Gelegenheit, ihn nochmals zu untersuchen und uns davon zu überzeugen, dass bis dahin keine Darmschlinge mehr in den künstlich verengerten Leistenkanal vorgedrungen war.

Fistula vesico-vaginalis.

Die Heilung der Blasenscheidenfistel bietet so schwer zu besiegende Hindernisse dar, dass sie nicht blos bei der gegenwärtigen Kenntniss der für sie vorhandenen Kurmethoden, sondern wahrscheinlich auch in den fernsten Zeiten ein *crux Chirurgorum* bleiben wird. Und doch ist der Leidenszustand der mit dem Uebel behafteten Unglücklichen ein alle Verhältnisse des Lebens so tief zerstörender, durch seine Widerwärtigkeit selbst den an dergleichen Dinge gewöhnten Arzt so zurückschreckender, — zugleich aber auch durch das bedeutende Maass des für seine Kur noch zu Gewinnenden ein für den Unternehmungsgeist so anregender, dass die ansehnliche Zahl der für sie in den letzten Decennien erfundenen Methoden und Instrumente leicht erklärlich ist. Jahre lang habe ich mich bemüht, durch künstliche Operationsweisen und Instrumente, bis zum gleichzeitig ausgeführten Blasenstich hinauf, das ferne Ziel zu erreichen, und im Jahre 1842 beschrieb ich bis dahin erlangte Resultate (Organ für die gesammte Heilkunde. 2. Bd. 4. Heft), die im Verhältnisse zu der darauf verwendeten Mühwaltung keineswegs aufmunternd waren, denn von 18 Operirten waren bis dahin nur drei vollständig geheilt worden. In dem Maasse, als ich später die Methode vereinfachte, wurde der Erfolg glücklicher. Gegenwärtig bin ich dahin gelangt, den Grundsatz aufstellen zu können, dass das Verfahren hier ganz das nämliche sein muss, welches man bei ähnlichen Uebeln auf der äussern Oberfläche des Körpers anwenden würde, d. h. Wundmachen der Umgebung der Fistelöffnung mittelst des Messers, und Zusammenziehen der wunden Oberflächen durch die umwundene, ausnahmsweise durch die Knopfnaht. Es sind aber drei Punkte, deren sorgfältiger Beachtung ich das häufigere Gelingen meiner operativen Unternehmungen dieser Art hauptsächlich zuschreibe, nämlich 1) Wundmachen der Umgebung der Fistelöffnung, durch blutige Abtragung der Schleimhaut der Scheide, in einem Umfange von mindestens einem Zoll rings um die Oeffnung. Indem durch die nachfolgende Anlegung der Naht eine so bedeutende Masse wund gemachter Weichtheile zusammengezogen und in gegenseitige Berührung gebracht wird, fehlt es nicht an dem erforderlichen Quantum bindenden, plastischen Stoffes, um eine dauerhaft feste Narbe hervorzubringen. Dies gelang nicht, so lange man blos die Fistel-Ränder, oder einen schmalen Streifen in ihrem Umfange, verwundete; der von der Blase aus unvermeidlich eindringende Urin zerstörte die zu schwache Verbindung sehr bald wieder. 2) Dexterität im Anlegen der umwundenen (ausnahmsweise nur der Knopf-) Naht im Innern der Scheide, ohne dass je zu diesem Zwecke der Uterus und das Scheidengewölbe gewaltsam herabgezogen werden. Die Scheide einer Frau, welche geboren hat, lässt sich in der Regel, bei zweckmässiger Lage auf Knieen und Ellenbogen, durch breite stumpfe Haken so ausdehnen, dass es der gefahrvollen, Metritis und Peritonitis so leicht veranlassenden Procedur durch Anlegung von Hakenzangen nicht bedarf, die Dieffenbach in Froriep's Kupfertafeln (Tab. CCCLXXXI. Fig. 6 u. 7) grauenerregend abgebildet hat, um der kranken Stelle mit Leichtigkeit beizukommen. Freilich gehören von Seiten des Operateurs unerschöpfliche Geduld und grosse Uebung, verbunden mit Ausdauer von Seiten der Kranken und der Gehülfen dazu, auch ohne Künsteleien oder grausame Verfahrungsweisen, auf ganz einfachem Wege zum Ziele zu gelangen. 3) Die sorgsamste, ununterbrochen, Nacht und Tag, aufmerksam fortgesetzte Nachbehandlung, wo möglich unter Beihülfe einer zur Anlegung des Katheters gründlich eingeübten Wärterin. Ich bediene mich dazu einer solchen, die früher selbst, nach jahrelangem Leiden, von der Blasenscheidenfistel geheilt worden ist; sie kennt die Bedürfnisse einer Leidenden der Art am genauesten, und legt nach der Operation den dünnen elastischen Katheter alle zwei Stunden, auch, wo der krampfhafte Drang zum Harnen es fordert, noch öfter, vorsichtig an. Das andauernde Liegenlassen des Katheters, dessen ich mich früher bediente, sah ich mehrmals gefährliche Entzündungen der Blase und der Harnröhre, in einem Falle sogar Brand der letzteren, veranlassen. Männern, wären sie auch die intelligentesten, fehlt in der Regel die hierzu unentbehrliche geduldige Ausdauer, und ohne Zweifel ist manche meiner früheren Operationen an der mangelhaften Ausführung des nachfolgenden Katheterisirens gescheitert. — Das Herausnehmen der angelegten Nadeln oder Fäden erfolgt nach Maassgabe ihres Lockerwerdens, gewöhnlich am dritten und vierten, seltener am fünften Tage oder später; es fordert Vermeiden jeder Zerrung unbedingt. Auch nach ihm muss das sorgfältige Anlegen des Katheters noch 10, 12 bis 14 Tage lang fortgesetzt werden, ehe die ersten Versuche zur normalen Befriedigung des Bedürfnisses gewagt werden dürfen. — Das bei der Operation befolgte Verfahren ist theils von mir schon früher (a. a. O.), theils in der oben angeführten Dissertation von Dr. Jac. Schlegel beschrieben worden; es mag deshalb nur einer der geheilten Fälle hier Platz finden.

(Schluss folgt.)

Die Augenklinik des Geheimen Medicinal-Raths Professor Dr. Jüngken zu Berlin.

Von

Dr. Bühring.

In der Augenklinik des Herrn Jüngken in dem Charitékrankenhause kamen in der ersten Woche dieses Semesters mehrere sehr wichtige und interessante Fälle vor. Es wurden unter andern mehrere Kranke vorgestellt, die man als an Amblyopia und Amaurosis leidend, nach dem Krankenhause zur Aufnahme von ausserhalb hergesandt hatte. Sie gaben Herrn Jüngken wiederum Veranlassung, vor seinen zahlreichen Zuhörern auszusprechen, dass Amblyopia und Amaurosis nicht zur Bezeichnung besonderer Krankheitsformen dienen dürfen, sondern nur Symptome der verschiedensten Krankheiten sind, die in der Sphäre des optisch-nervösen Apparates auftreten. Klagt nämlich ein Patient über Abnahme oder völliges Erlöschen der Sehkraft, so sind viele Aerzte der neuern vorzüglich aber der älteren Schulen vollständig zufriedengestellt, in solchen Fällen eine Amblyopie oder Amaurosis diagnosticirt zu haben, ohne zu bedenken, dass sie damit keineswegs die Krankheit des sie um Hülfe bittenden Patienten angegeben haben. Denn die Abnahme der Sehkraft ist nur ein Glied in der Reihe anderer Symptome, die mit jenem zusammengenommen zur Erkenntniss des wahren Leidens führen. Wie der Schmerz, die Röthe, die Dyspnoe nur als die Symptome der verschiedensten Krankheiten erscheinen, so muss die Amblyopia und Amaurosis für den rationellen Arzt nur als das Zeichen eines im Organismus bestehenden Leidens gelten. Hierin ist Herr Jüngken durch Erfahrungen während einer langen Reihe von Jahren immer mehr und mehr befestigt worden, und andere verdienstvolle Männer haben seine Ansichten darüber vollkommen bestätigt, wie sich z. B. Ruete, der sich um den physiologischen Theil der Augenheilkunde so viele Verdienste erworben hat, in seinem Lehrbuche der Ophthalmologie dahin ausspricht, dass ihm unter 64 Kranken, welche an Amblyopie und Amaurose litten, nicht ein einziger vorgekommen wäre, bei dem er die Störung des Sehvermögens von einer idiopathischen rein dynamischen Anästhesie des optisch-nervösen Apparates mit Sicherheit hätte ableiten können. Wie daher Herr Jüngken schon früher gegen die Aufstellung von Kategorien von Amaurosis eiferte, so auch jetzt, und wie er ebenso vor vielen Jahren in seinem Lehrbuche über Augenkrankheiten gegen diejenigen zu Felde zog, welche bei ihrer Therapie ein allgemeines ein für alle Fälle passendes antiamaurotisches Verfahren befolgten, so wird er auch heute noch nicht müde diese Fehler zu bekämpfen, und alle die viel gepriesenen Specifica gegen Amaurosis wie Pulsatilla, Arnica, Strychnin, und

wie sie alle heissen mögen, über den Haufen zu werfen, da sie bei weitem mehr Schaden, als Nutzen gestiftet haben. Um rationell zu verfahren, erforscht man die Ursache, d. h. die Krankheit welche die Amblyopie, die Amaurosis als eines ihrer Symptome zur Folge hat, sucht sie durch eine zweckmässige Behandlung zu beseitigen, und man wird die Freude haben, manchen Kranken, der lange bei jener ersten unpassenden Heilmethode in seiner Blindheit verharrt hat, geheilt zu entlassen.

Der erste der Kranken dieser Klasse, der vorgestellt wurde, war L. G. 31 Jahr alt, ein Schankwirth, der neben seinem häuslichen Geschäft noch die Landwirthschaft betrieb. Er hatte in seinem 15ten Lebensjahre an Variola, später im Jahre 1838 an Furunculosis, vor acht Jahren an einem gastrischen Fieber, und von Jugend auf an Fussschweissen gelitten. Vor ungefähr 1½ Jahren hatte er das Unglück, dass diese aus irgend einer Ursache, die er nicht näher angeben kann, schwanden, bald darauf trat häufiger Schwindel ein, und gleichzeitig hatte er ein Gefühl von Druck in beiden Augen, der beim Sehen in grelles Licht, zumal Kerzenlicht zunahm, wurde überhaupt lichtscheu, und klagte über Flimmern vor den Augen. So bestand dieser Zustand geraume Zeit bis er im Juli vorigen Jahres eine Abnahme des Sehvermögens bemerkte, die gradatim zunahm, so dass er jetzt nicht mehr im Stande ist, Hausnummern zu erkennen, nicht mehr lesen, und nicht mehr Physiognomien unterscheiden kann. Die Tageszeit hat nicht viel Einfluss auf die Sehkraft, doch sieht er bei beschatteten Augen um ein weniges deutlicher. Die Sehkraft ist auf beiden Augen gleich stark vermindert. Im Winter vorigen Jahres wurden die Photopsien und Chromopsien häufiger, während das Gefühl des Druckes in den Augen in demselben Verhältnisse sich verminderte, als die Abnahme des Sehvermögens wuchs. Objektive Zeichen sind wie vorher so auch jetzt nicht wahrzunehmen. Conjunctiva und Sclerotiva sind nicht geröthet, die Chorioidea schimmert nicht bläulich durch, die Iris von brauner Farbe hat an ihrer Contractilität nur wenig eingebüsst, die Pupillen von normaler Rundung lassen keine Trübung der tiefern Medien erblicken, die Thränenabsonderung ist nicht vermehrt, paralytische Erscheinungen an den *MM. recti* und an den Augenliedern sind nicht wahrzunehmen.

Rücksicht nehmend auf die allmähliche Entwickelung der Krankheit, auf die Lichtscheu, das Gefühl des Druckes in den Augen, auf Chromopsien und Photopsien, auf Abnahme des Sehvermögens, auf den Mangel aller übrigen objektiven Erscheinungen, stellte Herr Jüngken die Diagnose auf: *Amphiblestroditis chronica exsudativa*, wozu die Unterdrückung der Fussschweisse die Veranlassung gegeben hatte.

So nun konnte ein rationelles Heilverfahren eingeleitet werden. Ableitung vom Kopfe, Hervorrufung der unterdrückten Fussschweisse, Anregung und Steigerung des Resorptionsprocesses stellte er als die Indicationen auf, die zu erfüllen wären. Als kräftigste und energischste Mittel dieser Art sind bekannt: Einreibung der Füsse mit *Ol. Sinapeos*, 2) ein Cauterium auf den Scheitel, 3) das *Decoct. Zittmannii* welches alle Colatorien des Körpers eröffnet. — Zweimal wurden die Füsse mit *Ol. Sinapeos* eingerieben, wonaeh ein heftiger Schmerz und Hautröthe entstand, und hinterher mit in dasselbe Oel getränkter Leinwand eingewickelt. Zum Cauterium wurde eine Chlorzinkpaste angewandt. Diese hat den Vorzug vor der mit *Argent. nitric. fus.* dass sie weit weniger Schmerz dem Kranken verursacht, und dass die Wunde einen schönen Grund und vortreffliche Ränder darbietet. In diese Wunde wurden 16 Erbsen eingelegt. Das *Dec. Zittmannii* wird 4—6 Wochen lang getrunken.

Der zweite Fall betrifft J. H., Schäfer, 47 Jahr alt, von plethorischer nervöser Constitution. Er war in seinen Kinderjahren stets gesund, im 23. Jahre litt er ½ Jahr lang an *Intermittens tertiana* und *quartana*, wurde von dieser Zeit an von keiner bedeutenden Krankheit heimgesucht, und klagte nur in den letzten Jahren über Zeitweise sich einstellenden Kreuzschmerz. *Haemorrhoides cruentae* und Fussschweisse hatten sich nicht gezeigt. Wenn er auch nach seiner Aussage stets mässig im Genusse geistiger Getränke war, so erlaubte er sich doch vor zwei Jahren auf einem Feste bei einem seiner Kameraden einen Excessus *in baccho*. Unmittelbar darauf trat Erbrechen ein, welches leicht ohne vieles Würgen zu verschiedenen Tageszeiten eintrat und bis vor sieben Wochen anhielt, zugleich stellte sich ein drückender Kopfschmerz ein, besonders in der Stirngegend, die Augen selbst blieben schmerzfrei. Schwindel, Ohrensausen kamen hinzu, Photopsien und Chromopsien beunruhigten den Patienten, und die Schkraft nahm allmählig ab. — Schwankenden unsicheren Tritts trat der Kranke in den Kliniksaal, mit aufgerichtetem, ein wenig nach hinten gebeugtem Kopfe, die Augenlieder weit eröffnend, und starr in das Licht schauend; wie Herr Jüngken sagt, das Licht suchend, nicht wie der Kataraktöse, der mit gebeugtem Kopfe und zusammengekniffenen Augenliedern vortritt, das helle Tageslicht scheuend, oft mit der vor den Augen gehaltenen Hand dieselben beschattend. Forderte Herr Jüngken den Kranken auf, einen Gegenstand anzuschauen, so bemerkte man dass derselbe die Augen nicht auf das Objekt richtete, dass er also nichts unterscheiden musste. Und so war es auch, die ganze Aussenwelt war ihm in ein dichtes Grauschwarz gehüllt, und die Möglichkeit Hell vom Dunkeln zu unterscheiden, war aufgehoben. An den Augenliedern war nichts Abnormes zu bemerken, auf dem linken Auge *Strabismus divergens paralyticus*, Conjunctiva und Sclerotica nicht injicirt, Iris von brauner Farbe, Pupillen träge, die rechte verzogen eckig, ein wenig grösser als im normalen Zustande, in der Tiefe keine Trübung. Gehör, Geruch, Geschmack ungetrübt, aber Abnahme des Gedächtnisses, oft fehlt dem Kranken der Name für den Gegenstand, welchen er bezeichnen will, oft gebraucht er einen andern Namen für das anzudeutende Objekt. Die Sensibilität der ganzen rechten Seite ist vermindert, in der Wange und an den rechten Extremitäten hat der Kranke die Sensation der Erstarrung. Formication erscheint an der rechten Körperhälfte häufig, die motorische Kraft ist in den Extremitäten noch intact, die Zunge wird gerade hervorgeschnellt, die Uvula weicht nicht von der normalen Richtung ab. Urinsecretion normal, Stuhlentleerung träge, Füsse stets kalt.

Herr Jüngken stellte nach dem Zusammenfassen der Symptome die Diagnose auf ein *Vitium organicum cerebri* an der *Basis cranii*, welches durch Druck und Reizung zugleich wirkt, und daher theils die paralytischen Erscheinungen theils die Chromopsien und Photopsien erzeugt, und specialisirend sprach er die Ansicht aus, dass es ein *Exsudatum sanguineum* mit Encephalomalacia in der Umgebung an der *Basis cranii* in Folge einer *Haemorrhagia cerebri*, die vor zwei Jahren nach dem *excessu in baccho* erfolgt sei.

Bei der Therapie wird der derivatorische und Resorption befördernde Heilapparat in seiner ganzen Strenge angewandt, und daher sind dem Patienten wiederholt *Cucurbiculi cruent. ad dors. et crucem*, ein *Setaceum ad cervic.* applicirt, und das *Dec. Zittmannii* zum innern Gebrauche verordnet.

Dritter Fall. N. R., 25 Jahr alt, ein Tischler aus Hamburg, bemerkte seit dem März 1847 eine Abnahme des Sehvermögens, die dergestalt zunahm, dass er jetzt grosse Gegenstände nicht unterscheiden kann. Die Autopsie der Augen ergab nichts; keine Trübung ist in den Pupillen vorhanden, sie sind contractil, die Iris von grünlich gelber Farbe, der Blick des Kranken ist blöde, d. h. er richtet die Augen nicht auf das Objekt, der Gang des Kranken ist unsicher, seine Füsse nach auswärts stellend, stemmt er die Ferse beim Gehen mit grösserer Kraft gegen den Fussboden; lässt man den Kranken die Augen schliessen, fängt er an, leicht zu schwanken, die motorische Kraft in den obern Extremitäten ist nicht vermindert, Macies der Oberschenkel, die Fähigkeit zu Erectionen hat abgenommen, Schwindel hat sich häufig eingestellt, Kopfschmerz zuweilen, Chromopsien und Photopsien als Zeichen einer vorhandenen Reizung der *NN. opt.* fehlen; die Urinsecretion ist ungestört, der Strahl des Urins soll noch in einem Bogen fliessen, die Stuhlentleerung ist retardirt. Die Nacken- und Rückenwirbel sind unschmerzhaft, Excesse *in Venere* und *Onania* sind nicht vorausgegangen, ein *Ulcus vener.* hat er vor zwölf Jahren bei zweckmässiger Behandlung überstanden, geistige Getränke hat er wenn auch nicht im Uebermaass doch reichlich genossen, ebenso eine sehr nutrirende Kost geführt, und stets in einer zuchtigten Werkstatt gearbeitet.

Die Verringerung der motorischen Kraft in verschiedenen Muskelgruppen des Körpers genügte, um den hohen Grad der Amblyopia als das Symptom einer beginnenden *Tabes dorsualis* zu begründen. Die Ursachen derselben lagen im Dunkeln, wahrscheinlich gab eine zu der Constitution des Patienten nicht passende zu reizende Diät und in Folge davon Congestionen nach Gehirn und Rückenmark die Prädisposition, wozu Erkältung als veranlassendes Moment hinzutrat.

Die Prognosis ist bei der langen Dauer der Krankheit eine infausta, und der Arzt wird sich glücklich preisen können, wenn er durch ein passendes Heilverfahren einen Stillstand der Erscheinungen erzielen würde. In diesem Falle, wo die Zeichen des Druckes und der Reizung fehlen, wohl aber die der Atrophie zugegen sind, passt daher die belebende erregende stärkende Heilmethode. Hier würden Douchen, Valeriana, Arnica, Eisenpräparate, Bäder wie Pyrmont, Langenschwalbach, Spaa, Gastein, Wildbad am Schwarzwalde von Nutzen sein; örtlich sind ebenfalls excitirende Mittel anzuwenden, wie Strychnin, äth. Oele etc. Herr Jüngken verordnete unserm Kranken 1) die *Rad. Valerian. c. herb. trifol. fibr.* zum Theeaufguss. 2) *Rp. Mixtura oleosa balsamic.* 3ij, *Liquor. Ammon. caust.* ℈j. *M. D. S.* Dreimal täglich einige Tropfen in Stirn und Schläfe zu reiben. 3) *Strichnin. nitric. gr.* j, *Sacch. alb. gr.* viij. *Mfp. Divid. in partes aequales octo. D. S.* täglich einmal auf jeder Schläfenseite ein Pulver anzuwenden.

Vierter Fall. Wie schwer es oft ist, eine beginnende Trübung des Linsensystems zu unterscheiden von einer Anästhesie des optisch-nervösen Apparats mag ein Fall beweisen, der ebenfalls bei Herrn Jüngken vorkam. Kranke dieser Art klagen über Abnahme des Sehvermögens, ohne dass die Autopsie im ersten Momente etwas zu ergeben scheint. Patient C. V., 20 Jahr, Schneider, bemerkte seit dem Frühjahr vorigen

Jahres eine Verminderung des Sehvermögens, die in dem Grade wuchs, dass er jetzt nur grosse Buchstaben erkennen kann, dass er Hausnummern nur sehr schwer lesen, ebenso die Physiognomien nur in der Nähe zu unterscheiden im Stande ist. Die Gegenstände erscheinen ihm wie in einen Nebel gehüllt, er sieht bei trübem Wetter, und in der Dämmerung etwas besser. *Excessus in venere* und *Onania* waren vorausgegangen, doch klagte er nicht über Kopfschmerz, über Eingenommenheit des Kopfs, über Gedächtnisschwäche, über Neigung zum Schlafe, über Mattigkeit, vielmehr hat er viel Vergnügen am Tanzen gefunden, dasselbe sogar im Uebermaass genossen, und sich bei stark transpirirendem Körper häufig der kalten Zugluft ausgesetzt; er hatte nicht, wie es Onanisten zu thun pflegen, den Umgang mit dem weiblichen Geschlechte gemieden, sondern sogar gesucht; Erscheinungen von Druck und Reizung des *Nerv. opticus* oder *cerebri* waren nicht zugegen. Die Augen schmerzten nicht, die Pupillen waren beweglich, und schienen keine Trübung darzubieten.

So war die Diagnose anfänglich zweifelhaft, wurde aber bis zur Evidenz festgestellt, als man eine Einträufelung eines *Inf. Belladonn.* zur Erweiterung der Pupillen angewandt hatte, und nun eine Trübung der Linse und Linsenkapsel mittelst einer scharfen Lupe erblickte. Der Kranke wurde aus diesem Grunde entlassen.

Ein fünfter Fall von Amblyopia war bedingt durch einen *Hydrops corporis vitrei acutus.*

H. P. 18 Jahr alt, Fleischer, von nervöser Constitution, der in den Kinderjahren an scrophulösen Exanthemen gelitten, war seit zwei Jahren erkrankt. Vor allem fiel bei der Untersuchung des Kranken die Prominenz der Augäpfel auf, die des linken war noch bedeutender, so dass man den Augen den Namen Glotzaugen beilegen konnte. Die Augenlieder vermochte Patient wegen der Vergrösserung der Augapfel nicht fest zu schliessen, und dieses fiel besonders am linken Auge auf; er empfand einen Schmerz beim langen und festen Schliessen der Augen, weil dadurch die Augen gepresst werden. Die Augapfel bieten dem zufühlenden Zeigefinger, den man am zweckmässigsten nicht auf die Gegend der Cornea des geschlossenen Auges auflegt, sondern zur Seite desselben, eine pralle Beschaffenheit, der Zwischenraum zwischen dem obern Orbitalrand und dem Bulbus war verkleinert wegen Vergrösserung der hinteren Hemisphäre. Die Chorioidea schimmerte durch die Sclerotica bläulich durch, besonders stark im Umkreise der Cornea, auf der Hornhaut des rechten Auges sah man eine alte kleine Trübung durch eine Narbe, und in den Pupillen beider Augen eine *Cataracta incipiens.* Der Kranke hat ein Gefühl von Druck in beiden Augen, der zunimmt beim Sehen in grelles Licht, ist überhaupt lichtscheu, muss beim Sehen in ein Kerzenlicht die Augen schnell schliessen. Dazu kamen die Erscheinungen des Flimmern vor den Augen, Chromopsien und Photopsien quälen den Kranken heftig, das Sehvermögen ist getrübt, er sieht alles wie durch einen Nebel. Am interessantesten war aber das Leuchten der Pupille. Sah man zumal aus einiger Entfernung etwa auf zwei bis drei Schritte ein wenig von der Seite her in die Pupillen, so schimmerten sie dunkel roth, als wären es Pupillen von Kakerlakenaugen, eine Erscheinung, die Herr Jüngken aus Hyperämie der Chorioidea und Mangel an schwarzem Pigment erklärte. Die Congestionen *ad caput* manifestiren sich bei dem Kranken durch Schwere des Kopfs, Schwindel, Nasenbluten, Sausen und Klingen vor den Ohren, kalte Füsse. Stets hat der Kranke eine reichliche Fleischkost und vieles Bier genossen. *Haemorrhoides cruentae* und Fussschweisse fehlten.

Herr Jüngken diagnosticirte *Hydrops corporis vitrei acutus,* wozu Scrophulosis und eine relativ zu der Constitution des Patienten zu reichliche und gute Nahrung die Prädisposition und wiederholte Erkältungen die Veranlassung gegeben.

Soll die Krankheit gehoben werden, so ist die Beobachtung einer mageren kargen Diät von der grössten Wichtigkeit. Man empfehle das Wassertrinken, den Genuss des Obstes, des leichten Gemüses, den Gebrauch von etwas Wassersuppe, lasse den Kranken von Zeit zu Zeit auf dem Rücken und Kreuz schröpfen, später dann und wann drei bis vier Hirudines hinter die Ohren, ein Fonticulum von zwei Erbsen auf die Wade appliciren, und innerlich solche Mittel gebrauchen, welche die Circulation in den grossen Bauchdrüsen in eine regere Thätigkeit setzen, das Blut kühlen, vom Kopfe ableiten, und den Faserstoff des Blutes vermindern. Zu diesem Zwecke empfiehlt sich ein Pulver aus *Sulphur dep. c. pulv. fol. Senn. c. Tartar. dep.* Im Sommer schicke man solche Kranke nach Marienbad.

Aus Romberg's Klinik in Berlin.

Ueber Paraplegie *).

Am 16. November wurde in der Klinik ein 52jähriger Mann vorgestellt, der seit 3—4 Monaten an Formication und Schmerzen in den untern Extremitäten litt. Das Kribbeln erstreckte sich vom Oberschenkel bis hinunter zur Fusssohle. Nachts traten bisweilen Erschütterungen, wie electrische Schläge, in den Beinen ein. Dabei motorische Schwäche derselben, besonders des linken. In den Fusssohlen, besonders der linken, ein taubes pelziges Gefühl. Häufige Anfälle von Schwindel. Schon im Sommer litt der früher völlig gesunde Mann an einer Urinverhaltung welche vier Wochen lang die Anwendung von Bougies erforderte. Einige Wochen nach der Heilung derselben stellten sich die ersten Symptome des gegenwärtigen Leidens ein.

R. hielt darüber folgenden Vortrag:

Wenn Sie, meine Herren, die Hauptmerkmale in diesem nicht leicht zu deutenden Falle zusammenhalten, die Formication und das taube Gefühl in den Beinen einerseits, die Schwäche der Motilität und die electrischen nächtlichen Erschütterungen andrerseits, so wird Ihnen, wie ich glaube, der centrale Ursprung des Leidens nicht zweifelhaft erscheinen. Schon der Beginn desselben mit einer Stumpfheit der Empfindung und Abnahme der motorischen Kraft der untern Extremitäten lässt eine sich entwickelnde Spinalkrankheit vermuthen. Dass hier vorzugsweise das linke Bein afficirt ist, und der Kranke, wie Sie bemerkt haben, den Rumpf auf demselben nicht so lange ruhen lassen kann, wie auf dem rechten, darf um so weniger überraschen, als es Ihnen bekannt sein wird, dass auch bei Krankheiten des Rückenmarks die beiden untern Extremitäten nicht immer gleichzeitig, sondern oft successiv von der Lähmung befallen werden, so dass dieselbe in der einen weiter vorgerückt sein kann, als in der andern. Ueberdiess finden Sie ja hier auch die rechte untere Extremität in ihrer sensibeln und motorischen Energie beeinträchtigt. Nur ein Symptom, die Anfälle von Schwindel, denen der Kranke unterworfen ist, muss die Aufmerksamkeit auch auf das Gehirn lenken. Unter den Thatsachen, die sich bei der Anamnese ergeben haben, mache ich Sie vorzugsweise auf die früher vorhandenen Harnbeschwerden aufmerksam. Ueber die Natur derselben steht uns jetzt kein Urtheil zu; da der Kranke früher immer gesund gewesen, insbesondere nie an Krankheiten der Harnröhre gelitten haben will, möchte ich kaum die Annahme einer Strictur gelten lassen. Dennoch ist die Succession der Erscheinungen in diesem Falle bemerkenswerth. Der Kranke wird plötzlich von einer Ischurie befallen, die längere Zeit dauert; nachdem diese gehoben, stellen sich bald die Symptome des gegenwärtigen Leidens ein. Wir sind in neuerer Zeit mit einer Klasse von Paralysen bekannt geworden, die von krankhaften Affectionen innerer Organe, sei es des uropoëtischen, des sexuellen oder des intestinalen Apparats abhängig sind, und die ich zuerst unter dem Namen der Reflexlähmungen beschrieben habe. Vorzugsweise sind es Krankheiten der Nieren, seltner der Harnblase, welche Paraplegieen im Gefolge haben können. Mit der Heilung der ursprünglichen Krankheit schwindet dann auch die Lähmung. Dass selbst Stricturen der Harnröhre eine solche Wirkung haben können, hat man in England beobachtet; ich selbst habe zwar nie einen Fall dieser Art gesehen, doch erscheint es mir nicht allzu wunderbar, wenn ich an die heftigen Schmerzen in den Beinen denke, die als Mitempfindungen bei Stricturen der Harnröhre und des Darms entstehen können. Diese Bemerkungen mögen genügen, um Ihnen die Möglichkeit eines Zusammenhangs des gegenwärtigen Leidens mit der vorausgegangenen Ischurie darzuthun.

Der ganze Complex der Erscheinungen lässt indess, wie ich schon bemerkt habe, die Entwicklung eines Rückenmarkleidens in diesem Falle nicht verkennen. Grade solche Zufälle, wie die hier beobachteten, diese kribbelnden Empfindungen in den Extremitäten, diese ziehenden Schmerzen, die allmählig zunehmende Schwäche, das spannende Gefühl um den Unterleib u. s. w. gehen oft Jahre lang dem wirklichen Ausbruche der Paraplegie vorauf, und werden nur zu oft als rheumatische oder hämorrhoidale Beschwerden gedeutet. *Ex ungue leonem,* kann man hier in der That sagen; denn die Kenntniss dieser Krankheit ist jetzt so weit gediehen, dass man aus der leisesten Anmahnung die ganze Succession der Erscheinungen mit approximativer Gewissheit voraussagen kann. Ganz abgesehen von den freilich nicht immer glücklichen Erfolgen einer richtig geleiteten Behandlung ist die frühzeitige Erkenntniss der drohenden Krankheit doch für die Prognose von der grössten Wichtigkeit, da man, wenn auch nicht den Kranken selbst, so doch seine Familie mit den bevorstehenden Gefahren bekannt machen kann.

Was die *Species morbi* betrifft, mit welcher wir es hier zu thun haben, so möchte dieselbe schwer, wenn überhaupt zu bestimmen sein,

*) Wir werden auch in den folgenden Nummern noch einige diese Krankheit betreffenden Vorträge Romberg's mittheilen.

zumal uns jeder aetiologische Halt abgeht. Der Kranke vermag durchaus keine bestimmte Ursache seines Leidens anzugeben. Nur so viel steht fest, dass die Entwicklung einer *Tabes dorsalis* hier nicht anzunehmen ist. Das charakteristische Symptom derselben, das Schwanken beim Schliessen der Augen, fehlt hier; wenigstens schwankt der Kranke mit geschlossenen Augen nicht stärker, als mit offenen, wenn er einige Zeit ohne Stütze steht.

Unter diesen Umständen wird denn auch die Therapie ihre grossen Schwierigkeiten haben. Wir sind gewohnt, uns den Anfang solcher Krankheiten immer mit Hyperämie vorzustellen, die nur im weitern Verlaufe in wichtigen Structurveränderungen, Erweichung, Eiterung u. s. w. übergehen kann. Solche Stasen treffen wir allerdings häufig in der Wirbelhöhle an, und ich rathe Ihnen in der That, diesen Weg, der Ihnen wenigstens ein therapeutisches Verfahren eröffnet, zu verfolgen. Lassen Sie zunächst eine Anzahl blutiger Schröpfköpfe längs der Wirbelsäule appliciren, dies Verfahren in Zwischenräumen von einigen Wochen wiederholen, und leiten Sie durch den Gebrauch von Drasticis auf den Darmkanal ab, ehe wir zur Anwendung von Exutorien übergehen.

Medicinische Klinik des Hofrath Dr. Oppolzer in Leipzig

von

Dr. Hennig.

Meningitis tuberculosa.

1. H. Siegel, Buchbinderlehrling aus Korbetha bei Weissenfels gebürtig, 20 Jahr alt, wird drei Wochen nach dem Beginnen seines jetzigen Erkranktseins ins Jacobs-Hospital gebracht (17. März 1849). Da Patient auf die an ihn gestellten Fragen keine Antwort ertheilt, so wird sein Lehrherr über seinen frühern Zustand befragt. Dieser erzählt S. sei als Kind häufig krank gewesen, doch immer vorübergehend; in den letzten drei Jahren sei ihm nichts Sonderliches zugestossen. Michaelis vorigen Jahres hat er zuerst und nur über Kurzathmigkeit geklagt, um Weihnachten haben ihn Dyspnöe, Brustschmerzen und Husten von seiner Arbeit zurückgehalten. Jener Husten war meist trocken, nie Blutspuren. Nach drei Wochen ward er unter der Behandlung eines Leipziger Arztes wieder fähig, auszugehen; er begab sich zu seinen Eltern in die Gegend von Weissenfels. Völlig wohl sich fühlend traf er vor wenig Wochen wieder in Leipzig ein und erst Anfang März fing er an über Kopfschmerz und Zerschlagenheit zu klagen.

Seit dem 12. ist er ganz bettlägerig, hat jedoch keine neue Klage vorgebracht; vor zwei Tagen begann die jetzt bestehende Apathie und Verschlossenheit; der Stuhl war von vorn herein sehr träg. Ausserdem giebt sein Herr an, dass er S. stets trübsinnig, manchmal der Onanie fröhnend erfunden habe.

Die jetzige Untersuchung ergiebt einen mittelgrossen, regelmässig gebauten, schlecht genährten Körper, blassbräunliche, gut angeheftete, trockne, rauhe (an den Armen Gänse-) Haut; der Kopf, im Verhältniss gross, macht automatische Bewegungen; Augen im Strabismus, rechte Pupille sehr weit, unbeweglich; linke in geringerem Grade. Nacken in starker, schmerzhafter Contractur; der halb offene Mund lässt nur unarticulirte Laute vernehmen. Zunge feucht; die Temperatur des Kopfes erhöht; starkes Pulsiren der Carotiden, welche normal tönen. Thorax eben, beschleunigtes Athmen, doch ohne sichtbare Beschwerde. Patient greift oft nach seinem Kopfe, ist sehr unbändig; zeitweilig fährt er nach den Genitalien. Das Herz lässt keine Anomalie wahrnehmen; die Percussion der rechten Clariculargegend, der Schulterhöhe bis zur sechsten Rippe gedämpft; dann hell und voll bis zur achten, wo wieder Dämpfung erscheint. In der rechten Seitengegend, welche von der fünften Rippe an eingezogen ist, beginnt ebendaselbst die Dämpfung und geht bis herab; hier, in der bezeichneten Seitengegend, ist kein Athmen, sonst überall unbestimmtes zu hören. Die linke Brusthälfte, welche nach unten besser gewölbt ist, lässt hinten und oben, bis zur fünften Rippe, Dämpfung, doch geringer als rechts vernehmen, das Athmen überall unbestimmt. Nur rechts an der vierten Rippe nach vorn ist tympanitische Resonanz, dann abwärts gedämpft mit fehlenden Geräuschen.

Der Bauch ist eben, die Leber ragt nicht vor, die Milz erweist sich nicht grösser; Bauchmusckeln sehr gespannt, Haut sehr empfindlich. Weder Convulsionen noch Lähmung zu bemerken; Patient dreht sich meist nach links.

Am folgenden Tage war die Nackencontractur stärker, der Kopf nach den Seiten leichter beweglich; beide Pupillen eng, steter Strabismus; Gesichtsfarbe grauröthlich. Patient kann nichts auswerfen bei starkem Schleimrasseln; die Zunge wird bei der Inspiration nach rückwärts gezogen. Die Brust ist mit Schwitzbläschen bedeckt; der rechte Thorax hebt sich wenig, giebt von dem Schlüsselbein bis zur fünften Rippe und auch in der Seite tympanitisch-gedämpften Schall. Bauch noch eben; der Urin ist unwillkührlich abgegangen; der Mastdarm selbst auf eine seit gestern gereichte stärkere Purgirmischung nicht entleert worden, das Schlingen erschwert. Puls sehr häufig. Aeusserlich sind von der Aufnahme an kalte Ueberschläge über den Kopf bis zuletzt angestellt worden. Am 19. Nachmittags 2 Uhr erfolgte der Tod.

Leichenöffnung am andern Morgen.

Wenig blassviolette Todtenflecke. Scrotum und Praeputium violett unterlaufen. Nackenmuskeln bedeutend gespannt; beträchtliche Todtenstarre.

Kopfhöhle; Schädelgewölbe schief; rechte Hemisphäre kleiner als die linke. *Dura mater* gespannt, ihr inneres Blatt schön hellroth dendritisch injicirt; Windungen platt aneinander liegend; die grösseren Gefässe der *Pia mater* platt gedrückt; die feinsten injicirt. Im *Sinus longitud.* dickflüssiges Blut, keine Faserstoffausscheidung.

Hirnsubstanz derb und zäh, viele dunkle Blutpunkte auspressend; Schnittfläche serösglänzend; Seitenventrikel bedeutend von Serum ausgedehnt; *Septum pell.* erweicht, Fornix-Schenkel breiig; am Wurm ein gelbes starres Exsudat. Der linke Sehhügel im hintern Theile gelb erweicht mit vielen Ecchymosen; die Wand des hintern Hornes ebenso erweicht. Am Uebergange der *Pia mater* an den Wurm reichliche Tuberkelablagerung, ebenso am hintersten Ende des linken hintern Lappens, wo die Körnchen hirsegross und gelb sind. Querblutleiter enthalten dunkles flüssiges Blut.

Brusthöhle. Rechte Lunge durchaus angewachsen; unterer Lappen sehr geschrumpft, mit liniendicker falscher Haut überzogen. An der Basis viele gelbe Tuberkeln. Bronchialdrüsen tuberkulös infiltrirt, zum Theil erweicht. In der Lungensubstanz einzelne Tuberkeln und Lobularhepatisationen; Bronchien voll eitrigen, blutigen Schleimes. Linke Lunge ebenfalls ganz verwachsen; beide Pleuren voller Tuberkeln; sparsame Granulationen im Innern. Im rechten Herzen etwas flüssiges Blut; keine Fibringerinnung.

Bauchhöhle: Netz mit dem Bauchfell verwachsen; beide schiefergrau gefärbt und mit mohnsamengrossen Tuberkeln besetzt; auch am Mesocolon Tuberkeln. Leber mit dem Zwerchfell verwachsen, bis zur fünften Rippe in die Höh gezogen, normal. Die Drüsen um die Gallenblase tub. infiltrirt, bereits erweicht; in der Gallenblase lauchgrüne, dünnschleimige Galle. Milz klein; ihr Bauchfell mit Körnchen besetzt; Gewebe mürb, mässig blutreich. In dem Magen kein Inhalt; Schleimhaut schiefergrau, im Saccus coecus erweicht. Die dünnen Därme enthalten gelben Fäcalbrei; auch im *Proc. vermiformis* Speisereste. Mesenterialdrüsen schiefergrau, nicht tuberkulös, hie und da schrumpfend. Das Mesorectum voller Tuberkeln. Im Dickdarm breiige Fäcalstoffe; die einzelnen Follikel mit rothem Hof umgeben; ihre Ausführungsgänge als schwarzer Punkt sichtbar. Einzelne Lumbaldrüsen tuberkulös infiltrirt; Bauchfellüberzug der Blase schiefergrau, mit Tuberkeln besetzt. Nieren dunkel blutreich.

2. K., Conditor, 16 Jahr alt, kam am 5. December 1848 ins Jacobs-Hospital. Vor einem Jahre überstand er eine Lungenentzündung, vor sechs Wochen schwollen mehrere Halsdrüsen und bildeten Abscesse, welche künstlich geöffnet wurden. Vor neun Tagen bekam er Kopfschmerz, der ihn zwei Tage später nöthigte, das Bett zu hüten, seit drei Tagen nachgelassen hat. Jetzt klagt Patient besonders über Schwindel und grosse Hinfälligkeit.

Der lange cylindrische Thorax giebt rechts oben wenig Dämpfung, links unten leeren Schall und fehlende Stimmvibration. Der Unterleib ist schmerzhaft, seit drei Tagen verstopft. Abends des 5. tritt plötzlich heftiger Kopfschmerz auf mit Sopor, Contractur der Nackenmuskeln; die Extremitäten machen fortwährend automatische Bewegungen; Athmen röchelnd. Kalte Umschläge und Uebergiessungen über den Kopf; Essigklystier.

Am 6. ist die Pupille wenig beweglich, die Augen sind nach aufwärts gewendet, Bindehaut injicirt; Patient ist sehr unruhig. Die linke Lungenspitze giebt tympanitischen Schall. Haut blass; Nackenmuskeln wie zuvor; Leib noch verstopft, doch eben. Stirbt Abends 7 Uhr.

Sektion am andern Morgen ergiebt: Sehr gespannte harte Hirnhaut, ihre Gefässe injicirt; im Längsblutleiter dickflüssiges Blut mit schlaffem Faserstoffstrang. Gefässe der *Pia mater* stark gefüllt; Hirnwindungen abgeflacht. Spinnwebhaut milchig getrübt, rechterseits trokken, mehr injicirt. Hirnsubstanz zäh, mit vielen Blutpunkten. Rechter Ventrikel vom Wasser stark ausgedehnt, im hintern Horn trübes Serum; linker Ventrikel nicht minder ausgedehnt; Fornix, Septum und Commissuren erweicht, drei Ventrikel erweitert. Strachnoidea zwischen Pons und Chiasma durch Exsudat verdickt; *Pia mater*, besonders am vordern Einschnitt und *Sulcus transversus* mit mohnkorngrossen Tuberkeln besetzt.

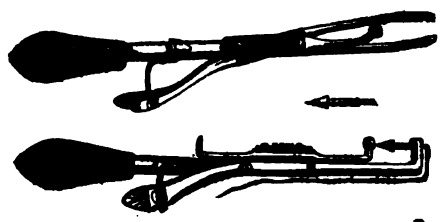
In den obersten Halsdrüsen tuberkulöse, käsige Masse; die un-

tern hypertrophisch. Zwerchfell links mit der sechsten Rippe verwachsen; im Zwischenraume ein Häufchen Kalkbrei von Haselnussgrösse. Linke Lunge auf das halbe Volumen reducirt; Gewebe zäh, wenig lufthaltig; in den Bronchialdrüsen verkreidete Tuberkelgranulationen. Herzbeutel mit dem Herzen verwachsen; rechter Ventrikel dünnwändig, enthält Blut- und Faserstoffgerinnungen. Leber oberflächlich an einzelnen Stellen fettig entartet. Der Grund des Magens zeigt ein faustgrosses Loch; die Schleimhaut reagirt stark sauer, ihre Gefässe sind mit dunkelbraunem Blute erfüllt. In der rechten Seite liegt neben der hier verengerten Aorte und noch neben den grossen Beckengefässen (nach Aussen), zwischen dem untern Nierenrande und dem Poupartischen Bande ein fluctuirender Sack voll gelber, eitriger Flüssigkeit (Pfd. j.), die sich bis zum *Troch. maj.* senkt. *Crista ilei* rauh, Schenkelnerv abgeplattet.

Miscellen.

Instrument zur Gaumennaht.

Am 18. November machte Langenbeck bei einem jungen Mann die Staphyloraphie. Derselbe war mit Hasenscharte und Gaumenspalt geboren und erstere war ihm in zartester Kindheit von Langenbeck in Göttingen operirt worden. Da wir auf diesen Fall ausführlicher zurückzukommen uns vorbehalten, wollen wir hier nur ein Instrument, das Herr Instrumentenmacher Lutter in Berlin (Französische Strasse No. 53) für die Staphyloraphie angegeben hat, und das sich bei dieser, wie schon bei einer früheren Gelegenheit, Langenbeck als äusserst brauchbar erwiesen hat, nach der Angabe des Erfinders beschreiben. „Das Instrument zur Anlegung von Blei- und Fadenligaturen, wie wir es hier abgebildet haben,



ist eine Zange, deren Arme am Ende unter einem rechten Winkel gebogen sind. Der eine Schenkel ist, um ihn besser handhaben zu können, mit einem Heft versehen, der andere hat an seinem Ende ein halbrundes und dicht an dem Schluss ein trichterförmiges Loch, durch welches eine conische Schraube geht, die in den feststehenden Schenkel eingeschraubt ist, um zu verhindern, dass die Zange sich zu weit öffne. Zwischen beiden Schenkeln befindet sich eine Feder, die an dem feststehenden eingeschraubt ist und sich mit dem obern Ende gegen den andern lehnt und die Zange öffnet. An ihrem untern Ende ist sie in einem rechten Winkel gebogen, und mit einem Haken versehen, der beim Schliessen der Zange durch das halbrunde Loch des beweglichen Schenkels führt. Soll die Zange geöffnet werden, so wird der Haken zurückgedrückt. Die rechtwinklig gebogenen Zangenarme sind an ihrem vorderen Ende mit einer Furche versehen, in die die Nadel gelegt wird. Auf dem feststehenden Schenkel ist ein Schieber, der oben im rechten Winkel gebogen ist und in einer durchbohrten Pelotte endet, welche ungefähr 2″ gespalten ist. Das Loch trifft genau auf die Furchen der Zangenarme, die zur Aufnahme der Nadel bestimmt sind. Die Nadel wird hinten mit einem Absatz dünner als in der Mitte, und ist mit einer zweischneidigen Spitze mit schwach gewölbten Flächen versehen. Hinter der Schneide ist ein Ansatz. Das hintere Ende ist gebohrt und mit einem Schraubengewinde zum Einschrauben des Bleidrahts und mit einem Oehr zum Einziehen des Fadens versehen. Zur Operation wird die Nadel mit ihrem dünneren Ende in die Furchen gelegt und die Zange geschlossen. Hat man nun die Nadel hinter das Gaumensegel geführt, so schiebt man den bis dahin zurückgehaltenen Schieber gegen sie vor, und durchbohrt so das Gaumensegel; die Nadel fängt sich in dem Loch des Schiebers, welches aus einander federt und durch den Absatz an der Nadel nicht wieder zurück kann. Man öffnet nun die Zange wieder, indem man den Schieber zurückzieht, zieht die Zange aus dem Munde hervor, schneidet die erste Nadel ab, spannt eine zweite ein, die mit dem andern Ende des Fadens oder Drahtes befestigt wird und führt sie in gleicher Weise durch die andere Seite des Gaumensegels.“ *)

*) Wir werden den zuletzt von Langenbeck operirten Fall, der in der Heilung weit vorgeschritten ist, demnächst ausführlicher mittheilen, und dann noch näher auf die Vortheile dieses Instrumentes, das Blasius früher schon einmal hat abbilden lassen, zurückkommen.

Anzeigen.

Im Verlage von **G. Reimer** in Berlin erscheint:

Archiv
für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin.

Herausgegeben
von
R. Virchow und ***B. Reinhardt.***

Jeder Band in 3 Heften 3 Thlr.

Inhalt der bisher erschienenen Hefte:

I. 1. Ueber die Standpunkte in der wissenschaftlichen Medicin, von Virchow. — Ueber die Entstehung der Körnchenzellen, von Reinhardt. — Bemerkungen über Erblichkeit des Wahnsinns, von Leubuscher. — Zur Entwickelungsgeschichte des Krebses, nebst Bemerkungen über Fettbildung im thierischen Körper und pathologische Resorption, von Virchow.

I. 2. Ueber die Reform der pathologischen und therapeutischen Anschauungen durch die mikroskopischen Untersuchungen, von Virchow. — Quantitative Analysen venösen und arteriellen Hundeblutes, von Wiss. Nebst einer Vorbemerkung von Virchow. — Sarcine, von Virchow. — Ueber die acute Entzündung der Arterien, von Virchow. — Die pathologischen Pigmente, von Virchow.

I. 3. Ueber die Beziehung der Musculi infracostales zu pleuritischen Exsudaten und die hypothetische Entwickelung von Muskelgewebe in denselben, von Bardeleben. — Beobachtungen über das Maserncontagium, von Panum. — Eierstocks-Schwangerschaft, von Hein. — Ueber die sogenannte Spaltbarkeit der Kerne, von Reinhardt. — Zur pathologischen Physiologie des Blutes (Veränderungen des Blutplasma's; weisses Blut; Faserstoffarten und fibrinogene Substanz), von Virchow.

II. 1. 2. Die naturwissenschaftliche Methode und die Standpunkte in der Therapie, von Virchow. — Grundzüge der psychischen Krankheiten, erläutert an Krankengeschichten, von Leubuscher. — Mittheilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie, von Virchow. — Zur pathologischen Anatomie des oberschlesischen Typhus, von Stich. — Sarcine, von Simon. — Ueber den oberschlesischen Typhus, von Dümmler.

II. 3. Bericht über die Cholera-Epidemie des Jahres 1848 in Berlin, von Schütz. — Beobachtungen über die epidemische Cholera, von Reinhardt und Leubuscher. — Ueber die Lage des Blinddarms beim Menschen, von Bardeleben. — Zur pathologischen Physiologie des Blutes (farblose, pigmentirte und geschwänzte, nicht specifische Zellen im Blut), von Virchow.

III. 1. Die Epidemie von 1848, von Virchow. — Zur medicinischen Statistik des preussischen Staates nach den Akten des statistischen Bureau's für das Jahr 1846, von Neumann. — Beiträge zur Anatomie der gesunden und kranken Niere, von v. Wittich. — Kritisches über den oberschlesischen Typhus, von Virchow. — Die endogene Zellenbildung beim Krebs, von Virchow. — Ueber Blut, Zellen und Fasern. Eine Antwort an Herrn Henle, von Virchow.

Daraus ist apart erschienen:

Zur
medicinischen Statistik des preussischen Staates.
Von
Dr. *S. Neumann.*
Geh. 18 Sgr.

Sonnabend, № 4. 8. December 1849.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Preis vierteljährlich 2 Thlr., bis zum Schluss dieses Jahres 1 Thlr. Anzeigen werden mit 2 Sgr. für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen*. Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Inhalt: Die Behandlung der Syphilis im Nürnberger Krankenhause von Meinel (Schluss). — Oppolzer's medicinische Klinik von Hennig (*Ischias; Neuralgia nervi temporalis et hemiplegia nervi facialis*). — Mittheilungen aus dem allgemeinen Krankenhause zu Hamburg von Helbert (Lähmung des *M. serratus anticus major*). Die chirurgische Klinik zu Bonn von Wutzer (Fortsetzung). — Chirurgische Klinik zu Erlangen von Cnopf (*Cynanche sublingualis rheumatico-typhoides*). — Chirurgische Klinik zu Greifswald von Bardeleben. — Jüngken's chirurgische Klinik von Arzt (Fall von Verletzung).

Ueber die Behandlung der Syphilis im neuen Krankenhause zu Nürnberg.

Von

Dr. Carl Aug. Meinel,
Assistenz-Arzt.

(Schluss.)

Gehen wir über zur Behandlung breiter Condylome, so nehme ich sogleich hier Gelegenheit, der ausgedehnten Anwendung der Sublimatbäder zu gedenken, die sie wohl in keinem andern Krankenhause erfahren. Ihr Gebrauch in der syphilitischen Praxis ist bekanntlich nicht neu: schon Kaffee und später Wedekind*) haben allgemeine Sublimatbäder empfohlen, nachdem bereits früher von Baumès Sublimat-Fussbäder waren versucht worden. Der Ueberzeugung von der Unzulänglichkeit und den nachtheiligen Nebenwirkungen des innerlichen Sublimatgebrauchs verdanken diese Versuche, so wie Roger's und Kopp's Sublimatklystiere, Cirillo's Sublimat-Schmierkur, ihre Entstehung. Und doch konnten sich die Sublimatbäder nie eine allgemeine Anerkennung erringen; man verwirft sie theils ihrer vermeintlichen Fruchtlosigkeit halber, theils aus übertriebener Furcht vor schädlichen Nebenwirkungen. Nur Trousseau, Baumès und Ingarden sprechen ihnen das Wort. Was zunächst die Frage betrifft, ob überhaupt Sublimat durch die unverletzte**) Epidermis hindurch in die Circulation aufgenommen wird, so ist darüber bei Praktikern wohl kein Zweifel mehr, hätten auch nicht directe Versuche die Permeabilität der Epidermis selbst für nicht gelöste Stoffe (metallisches Quecksilber) unwiderleglich dargethan. Von diesem theoretischen Standpunkt aus also die Wirksamkeit der Sublimatbäder leugnen zu wollen, hiesse die unbestreitbar günstige Wirkung aller Bäder, welche Salze oder sonstige Stoffe gelöst enthalten, auf ein Minimum dunkler Begriffe von Erregung der Haut- und Nerventhätigkeit reduciren***). Ueberdies ist in den meisten der hierher gehörigen Fälle die Stoffaufnahme im Bade durch offene der Epidermis beraubte Stellen der Cutis begünstigt, wozu ohne Zweifel nach dem Erfahrungssatze, dass secernirende Oberflächen die Stoffaufnahme von aussen befördern, auch die nässenden Condylome zu zählen sind. Wenn von der allerdings ungleich grösseren Quantität Quecksilber, die man in die ersten Wege einführt, ein beträchtlicher Theil durch die diluirenden und zersetzenden Eigenschaften des Magensaftes, des Speichels etc. verloren geht, so wird dagegen der im Bade gelöste Sublimat auf solchen umschriebenen offenen Stellen, ohne irgend einen Abbruch zu erfahren, direct in die Blutmasse übergeführt. Dass dies eben Angeführte allerdings Berücksichtigung verdient, dazu drängt uns die Erfahrung, dass Sublimatbäder bei offenen Bubonen gegeben, die man vor der Einwirkung des Badwassers nicht zu schützen sucht, fast constant in der kürzesten Zeit nach 8—10 Bädern Ptyalismus erzeugen, dass also viel mehr Sublimat aufgenommen wird, als in andern Fällen. Aus diesem Grunde giebt auch Ingarden den Rath; „wunde Stellen wo möglich ausserhalb des Bades zu halten, oder doch mit einem gut verschliessenden Pflaster zu verwahren, um einer möglicher Weise zu starken Resorption vorzubeugen, und die kaustische Wirkung des Sublimats auf die wunde Stelle abzuhalten.“ Das geschieht nun bei uns keineswegs, und ist auch jedenfalls eine grundlose Furcht, wenigstens bei gewöhnlichen Bädern zu ℥ß *p. bal.* — Man könnte versucht sein, in Uebereinstimmung mit anderen Thatsachen an eine bloss örtliche Wirkung der Sublimatbäder zu glauben, stände dem nicht die Erfahrung entgegen, dass in Fällen, in denen nicht ein Tropfen des Badwassers mit dem kranken Theile in Berührung kommt, wie bei secundären Affectionen der Mund- und Rachenschleimhaut, in verhältnissmässig kurzer Zeit ebenfalls sichere Heilung erfolgte. Es ist sonderbar, dass Ingarden der Salivation als Folge der Sublimatbäder nicht gedenkt, obgleich er mit ℥j beginnend auf ℥j und darüber steigt, während wir nie mehr als ℥ß *p. b.* nehmen. Und doch haben wir die Erfahrung gemacht, dass Salivation keineswegs eine seltene Erscheinung während des Gebrauchs der Sublimatbäder ist. Unter zehn Fällen kommen durchschnittlich wohl einer oder zwei vor, in denen je nach der Disposition des Individuums nach kürzerem oder längerem Gebrauch der Bäder Salivation auftritt. Während mancher Organismus durchaus keine Empfänglichkeit für Quecksilber zu besitzen scheint, was sich ausser der Unmöglichkeit Speichelfluss zu erregen, auch an den geringen Fortschritten der Heilung zu erkennen giebt, so dass solche Kranke 30, 40 und noch mehr Bäder ohne wesentliche Folgen, weder in dieser noch in jener Hinsicht, nehmen, haben wir in anderen Fällen schon nach 12 und 9, ja erst kürzlich nach 7 Bädern Salivation beobachtet. Jedenfalls Beweis genug, dass Sublimat aus dem Bade resorbirt wird. Eine andere Frage wäre die nach der Quantität des aufgenommenen Sublimats. Bei den schon erwähnten Widersprüchen, die theils zwischen den Resultaten der Experimente unter sich, theils zwischen ihnen und den praktischen Erfahrungen bestehen, glaube ich nicht, dass hierüber auch nur annähernd genaue Resultate von Versuchen oder praktischen Beobachtungen zu erwarten sind. Behufs der praktischen Anwendung der Sublimatbäder muss die Frage auch gar nicht so gestellt werden: wieviel Gran oder wieviel von 1 Gran wird in jedem Bade von einer bestimmten Temperatur und bestimmter Concentration nach einer bestimmten Zeit absorbirt? Collard de Martigny, Berthold und Maddens haben bekanntlich eine Resorption der Haut in Bädern behauptet, gestützt auf ihre Versuche, die eine Gewichtszunahme nach dem Bade ergeben. Wenn Berthold in einem Bade von 28° nach einer Viertelstunde eine Gewichtszunahme von 4 Drachm. 45 Gr. fand, so liesse sich annäherungsweise die Menge des resorbirten Sublimats berechnen, vorausgesetzt dass eine solche Lösung eben so leicht als Wasser aufgenommen wird, und dass, wie Kürschner einwendet, die Menge der an den Haaren des Körpers zurückbleibenden Flüssigkeit bei

*) Heidelberger klinische Annalen Bd. 5. Heft 4.

**) Krause, Handwörterbuch der Physiologie von Wagner, VII. Lief. S. 456, sagt: „Wenn aus diesen Thatsachen unzweifelhaft hervorgeht, dass die Hornschicht der Epidermis Flüssigkeiten im tropfbaren Zustande weder durch sichtbare Poren, noch durch Imbibition, noch durch Diffusion hindurchgehen lässt, — so lehrt dagegen eine andere Reihe von Versuchen, dass sie dunstförmigen und überhaupt leicht sich verflüchtigenden Flüssigkeiten den Durchgang gestattet.“

***) Die Erklärung, die Krause VIII. Lief. S. 485 giebt, um die Widersprüche in den Resultaten zuverlässiger Beobachtungen und Experimente zu lösen, verdient gewiss Beachtung: „Da nun nach den S. 454 ff. angeführten Versuchen viele solcher Substanzen in wässerigen Auflösungen die Hornschicht der Epidermis selbst nicht zu durchdringen vermögen, diese Erfahrungen auch auf viele andere ähnliche, noch nicht einzeln untersuchte, eine vorläufige Antwort finden, ausserdem die Aufnahme derselben von Seite des lebendigen Körpers in den meisten Fällen durch Einreibung bewirkt worden, und diese Operation öfters von den Beobachtern als durchaus erforderlich bezeichnet ist: so bleibt nur die Annahme übrig, dass die Absorption von den Wandungen der Schweiss- und Talgdrüsen aus erfolgt, indem die äusserlich applicirte Flüssigkeit mit dem Secret dieser Drüsen sich mischt und in demselben vertheilt, bis unterhalb der Hornschicht der Epidermis gelangt, oder trocken aufgelegte Körper in den Mündungen der Schweissdrüsen aufgelöst werden, die Einreibung aber das Eindringen in die Drüsenmündungen und die Vermischung mit dem Secrete wesentlich befördert.“

den Versuchen in Rechnung gebracht würde. Doch hat diese Berechnung noch aus vielen anderen leicht einzusehenden Gründen keinen Werth. Uns genügt die Thatsache, dass Sublimat aus Bädern in keineswegs unbedeutender Quantität aufgenommen wird; verhindert die Epidermis die Aufnahme, so thun es die Schleimhäute des Afters und der Genitalien, so wie die der Epidermis durch specifische Infection beraubten Stellen. — Um die dem Bade zuzusetzende Dosis einerseits, andererseits die Wirkung desselben im Organismus beurtheilen zu können, bedarf es bloss einer Beantwortung der allgemeinen Frage: wird so viel Sublimat resorbirt, als zur Heilung der betreffenden Erscheinungen nöthig ist?

Unter die wesentlichen Vortheile, welche Sublimatbäder bei der Behandlung breiter Condylome bieten, rechne ich besonders ihre Beförderung der Reinlichkeit. Die meisten Schriftsteller über Syphilis gedenken unter den die Entstehung breiter Condylome begünstigenden Momenten die Unreinlichkeit, die Feuchtigkeit und Wärme (Cannstatt, Baumès und And.). Die breiten Condylome sitzen gerade an Stellen, welche die Unreinlichkeit begünstigen, und selbst bei aufmerksamerer Pflege einer gründlichen Reinigung — wenigstens bei Leuten, wie sie in Spitälern zugehen — sich selten zu erfreuen haben: es sind die Stellen des Ueberganges der Schleimhaut der Genitalien und des Afters in die allgemeinen Hautdecken, es sind die Falten und Wülste der äusseren Genitalien und der Afteröffnung, in denen sich Secrete und Excrete aller Art anhäufen können, wo schon im normalen Zustande übelriechende Schweisse, fettige, sauer gewordene Secrete die Haut beständig feucht und in einer höheren Temperatur erhalten. Ob einfache tägliche Bäder hinreichen würden, solche Augiasställe zu reinigen, die Haut von diesen fetten, schleimigen Ueberzügen zu befreien, die abnorme Secretion ihrer Drüsen zu mässigen und nach und nach in die normale überzuführen, die durch gehinderte Trans- und Perspiration entstandenen Stasen im Capillarsysteme der Haut mit daraus folgender Temperatur-Erhöhung derselben zu beseitigen, mit einem Worte die Haut in ihrer Function als absonderndes und aufnehmendes Organ wieder herzustellen, möchte ich bezweifeln. Die überaus günstigen Erfolge der Sublimatbäder in solchen Fällen scheinen mir vorzüglich darin zu bestehen. Für andere primäre und secundäre Formen aber kommt noch ein anderer wesentlicher Vortheil derselben in Betracht, ich meine die Steigerung der Hautthätigkeit im Allgemeinen. Alle tiefer eingreifenden, besonders Quecksilberkuren, nehmen bekanntlich vorzüglich Rücksicht auf Bethätigung der Haut; das bezwecken alle jene Holztränke, Roob's und Tisanen, die man von allen Seiten und mit Recht in solchen Fällen empfiehlt. Möglichst vollkommen erreicht man diesen Zweck durch unsere Bäder: der Kranke bleibt ¾—1 Stunde im Bade, legt sich hierauf zu Bette, trinkt Sarsaparill-Thee oder andere Holztränke, und wartet den nun meist reichlich eintretenden Schweiss ab. Die Heilung erfolgt rasch und sicher; ich glaube, dass Recidive nach dieser Methode verhältnissmässig am seltensten sind. Nur in wenigen, schweren Fällen, die ein augenblickliches energisches Einschreiten indiciren, werden die Sublimatbäder durch die modificirte Schmierkur ersetzt, von der ich weiter unten Gelegenheit haben werde zu sprechen. Diese Sublimatbäder werden aber auf folgende Weise instituirt: zu einem Vollbad nimmt man ½ Unc. Sublimat, zu einem Sitzbad, wie sie in leichteren Fällen bei Excoriationen oder Balanitis etc. angewendet werden, ℈ij—℥ij; das Sublimat wird durch heisses Wasser zuvor gelöst, und dann nach und nach unter beständiger Bewegung des Wassers dem Bade beigegossen. Reizung und Anschwellung der Hautfollikel wird hier und da danach beobachtet, selten Erythem, und immer nur an Stellen, die, von zartem Epithelium oder junger Epidermis überkleidet, Frictionen ausgesetzt wurden. Ein- oder zweimaliges Aussetzen der Sublimatbäder oder ein kaltes Bad reicht hin, dasselbe zu beseitigen. Dr. Book wendet sie seit zehn Jahren in der Spital- und Privatpraxis an, und hat nie irgend welche schlimme Nebenzufälle beobachtet; auch während des Jahres, das ich im hiesigen Krankenhause zugebracht, kam nicht das Geringste vor, was auch nur zu besonderer Vorsicht ermahnen könnte. Noch eine Erfahrung muss ich anführen, die gewiss den Gebrauch der Sublimatbäder sehr empfiehlt: ihre Anwendung bei Schwangeren nämlich. Ohne Frage wird wohl jedes innerlich gereichte Antisyphiliticum in solchen Fällen auf Mutter oder Kind, oder auf beide nachtheiliger einwirken, als diese Bäder. Wir haben auch hier nie die geringsten störenden Nebenwirkungen beobachtet. Ich könnte die Krankengeschichte einer erst kürzlich geheilt Entlassenen anführen, die im sechsten Monat schwanger war; ihre ganzen äusseren Genitalien waren buchstäblich übersetzt mit ulcerirenden Condylomen, und verbreiteten solchen bestialischen Geruch, dass selbst mehre Wasserbäder nicht hinreichten, sie der Untersuchung zugänglich zu machen. 16 Sublimatbäder reichten hin, sie, ohne irgend welche Zufälle zu erregen, gänzlich zu heilen.

Kehren wir nach dieser Abschweifung zurück zur Behandlung der breiten Condylome, so habe ich nur noch zu bemerken, dass sich uns als mächtiges Adjuvans der Sublimatbäder die Plenk'sche Solution erwiesen hat, ihren alten Ruf bewährend. Dass sie nicht immer ihre Anwendung bei uns findet, geschieht deshalb, um an dem allmäligen Verschwinden der breiten Condylome besonders secundärer Natur einen sicheren Maassstab zur Beurtheilung des Einflusses der Sublimatbäder auf die Tilgung der Dyscrasie zu haben. Ricord's Aufstreuungen von Calomel auf die mit Salzwasser befeuchteten Condylome wurden von uns mehrmals gemacht; es bildet sich wahrscheinlich Sublimat. Sie beseitigen aber die Condylome nicht rascher als Sublimatbäder, und letztere bieten doch eine viel sicherere Garantie der Heilung.

Topische Behandlung der spitzen, aggregirten Condylome der Feigwarzen. Stehen sie einzeln, gestielt, so hat ihre Entfernung keine Schwierigkeiten. Ueber die Wirksamkeit der Caustica aber gegen aggregirte, grosse Hochebenen bildende Condylome liegen uns folgende Erfahrungen vor: Die oft, besonders auch von Ricord, empfohlenen Sabinapulver mit Calomel oder rothem Präcipitat leisten nichts; überhaupt ist das Auftragen von Pulvern eine missliche Sache wegen der oft versteckten unzugänglichen Lage dieser Condylome. Flüssige Caustica, wie conc. Chlor-Zink-Liquor, conc. Sublimat-Solution, Butyr. Antim. etc., finden wohl anfangs in Fällen, in denen die spitzen Condylome noch dicht beisammen stehen, ihre Anwendung; später aber, wenn breit aufsitzende vereinzelt hie und da wieder auftauchen, ist es nicht mehr möglich, solche Caustica in gehöriger wirksamer Weise zu appliciren, ohne das umgebende gesunde Gewebe zu zerstören. Dasselbe gilt in den eben bezeichneten Fällen von caustischen Salben; sie zerfliessen in wenig Minuten. Selten wird es möglich sein, Aetzpasten wirksam aufzutragen; sie müssen dick aufgetragen werden, sollen sie wirksam sein; um sie dick auftragen zu können, müssen sie eine gewisse Consistenz besitzen, sonst fliessen sie ebenfalls ab; besitzen sie aber diese, so vertrocknen sie rasch und ihr Abfallen ist nicht zu vermeiden. Abgesehen aber davon, welche Schwierigkeiten hat die Isolation jeder einzelnen Insel in diesem Archipel durch Heftpflaster! Besonders bei der Wienerpaste aber, die vorzugsweise in der Fläche wirkt, ist eine solche Isolirung nöthig. Das Geheimniss, ein weiches, schmiegsames, nicht rasch zerfliessendes Causticum in Salbenform herzustellen, soll erst noch entdeckt werden. Wir sehen uns gezwungen, immer wieder zum *Kali caust.*, als dem wirksamsten und die wenigsten Schwierigkeiten bietenden, zurückzukehren. Da dasselbe bei längerem Aufsetzen ebenfalls abfliesst, so kann man durch öftere und kürzere Wiederholung dies ersetzen. In einem der hartnäckigsten Fälle dieses Jahres sahen wir uns gezwungen, zum *ferrum candens* zu schreiten *).

b. Ulcerationen und Geschwüre.

Die Wichtigkeit mancher, auch nur oberflächlicher Ulcerationen oder Excoriationen bezüglich ihrer Folgen und ihrer Behandlung ist nicht zu verkennen. Ich meine natürlich nicht jene Excoriationen, die durch länger anhaltende Verunreinigung mit blennorrhoischem Secret an der Glans, der inneren Präputialplatte, der inneren Fläche der kleinen Labien oder der inneren Schenkelfläche entstehen. Auch glaube ich nicht, dass die geringe Menge eines Schankereiters auf mit normalem Ueberzug versehenen Stellen Exulcerationen erzeugen kann. Jene Ulcerationen vielmehr, die so grosse Tenacität zuweilen der nicht syphilitischen Behandlung entgegensetzen und auf die unzweifelhaft, auch nach Ricord's Erfahrungen constitutionelle Syphilis folgen kann — von diesen glaube ich, dass sie im „Moment der That" selbst erzeugt, durch unmittelbare Uebertragung des Schankereiters der andern Person entstehen. Warum dann freilich nicht ein gewöhnlicher Schanker mit primären Bläschen und Pustelbildung erscheint, weiss ich nicht. Vielleicht eben deshalb, weil das übertragene Secret nicht an einer umschriebenen Stelle fixirt bleibt, wie bei künstlicher Uebertragung mit einer Lanzette, oder bei der Aufnahme des Schankergiftes in einem Follikel. Wir hatten Gelegenheit, Fälle zu beobachten, die zur definitiven Schliessung solcher Ulcerationen so viel Zeit bedurften, als hinreichte, drei veritable Schanker bei andern Individuen, nach einander behandelt, zu heilen. Die gebräuchliche Hahke'sche Chlor-Zink-Solution, bei gewöhnlichem Schanker so vortrefflich, ist für solche Exulcerationen zu stark; *Lapis infern.* vertragen sie gar nicht; schwache Lösungen desselben spiegeln manchmal durch oberflächliche Ueberhäutung Heilung vor, während nässende Secretion und oberflächlicher Substanzverlust unter diesem dünnen Anflug noch fortbesteht. Sublimatbäder leisteten uns auch hier das

*) Während ich dieses schreibe, geht dieses Mädchen, nachdem sie vor acht Wochen anscheinend geheilt war entlassen worden, mit derselben Condylombildung wieder zu: Die innere und äussere Fläche der kleinen Labien, so wie der Winkel zwischen grossen und kleinen Schamlippen, besonders aber die *Commissura infer.*, und überhaupt der ganze Scheideneingang, sind die Stellen, an denen zu grösseren oder kleineren erhabenen Fleckchen aggregirt, spitze, zierlich geformte Feigwärzen von 2—3 Linien Höhe stehen. Der Fluor hat sich wieder eingestellt; von einem Ulcus oder einem breiten Condylom ist keine Spur zu entdecken.

Meiste. Unter diese Ulcerationen gehören vorzüglich auch die der Vaginalportion, die Anfänge der berüchtigten Granulationen. Unermüdliches, periodisch ausgesetztes und wiederholtes Cauterisiren führt mit der Zeit doch zum Ziele.

Gehen wir zu den Schankern über, so ist vor Allem zu bemerken, dass solche in den ersten Tagen ihres Entstehens sehr selten in Spitälern, wie bei uns, zur Beobachtung kommen. Seit einem Jahr ging kein Schanker in den ersten fünf Tagen seines Bestehens zu, der eine abortive Behandlung nach Ricord indicirt hätte. Ricord's Aetzungen in dieser Absicht finden deshalb bei uns sehr selten ihre Anwendung. Dagegen ist die Application des *Kali caustic.*, der Wienerpaste etc., um den Charakter des Geschwürs zu ändern, nicht so selten bei uns. Scheut man die fast unvermeidliche Ausbreitung des Geschwüres nicht, so kann man nach Anwendung des *Kali caustic.* fast sicher die lebhaftesten Granulationen erwarten. Die methodische Behandlung des Schankers besteht aber in Sublimatbädern. Ihr Erfolg ist auch hier in der That oft überraschend; man lasse sich nicht irren, wenn man nicht sogleich in den ersten Tagen Besserung sieht; zuweilen ist nach 10 und 12 Bädern noch keine wesentliche Veränderung zu bemerken, bis dann plötzlich das Geschwür sich verflacht, der speckige Grund den schönsten Granulationen Platz macht, zugleich aber auch schon die Vernarbung beginnt und stetig vorschreitet, so dass selbst tiefe Geschwüre in 16 bis 18 Tagen geheilt sind. Dass dabei auf Reinhalten des Geschwürs, bei starker Eiterung durch örtliche Chamillenbäder und bei geschwollenem Präputium *) durch Einspritzen von Chamilleninfusionen zwischen Glans und Präputium, auf Einlegen trockner Charpie etc. besonders Rücksicht genommen wird, brauche ich nicht zu erwähnen. Haben wir auch bis jetzt noch durchaus keine Ursache gehabt, von der seit Jahren methodisch durchgeführten Behandlung mit Sublimatbädern abzugehen, so werden doch von Zeit zu Zeit Gegenversuche mit anderu Behandlungsmethoden gemacht: wie mit der Fricke'schen, der Hanke'schen, der Dzondi'schen, der rein antiphlogistischen u. s. w. Es ist keine Frage, dass unter diesen die Hanke'sche, was die Schnelligkeit der Heilung betrifft, den Vorzug verdient; ob sie dieselben Garantieen bietet, als eine mercurielle Behandlung, lasse ich dahin gestellt. Ich habe zunächst von der Behandlung einfacher gewöhnlicher Geschwüre gesprochen. Was die Hunter'schen indurirten Schanker betrifft, so ist die Beobachtung nicht selten, dass zur Beseitigung der Induration ebenfalls bloss Sublimatbäder ausreichen. Genügt dies nicht, was besonders dann der Fall zu sein scheint, wenn das Geschwür nicht gross ist, rasch sich schliesst, so wird *Ung. ciner.* aufgelegt, Cataplasmen angewendet und Jodkali gegeben. Ueber Ricord's Calomelsalbe haben wir keine Erfahrungen.

Diphtheritischer Schanker. Bei ihm reichen die Sublimatbäder nicht aus; sie wirken, wenn auch tief und gründlich, doch zu langsam für solche Fälle. Die modificirte Schmierkur tritt an ihre Stelle, die darin besteht, dass immer über den andern Tag 3j Mercurialsalbe zuerst in die innere Schenkelfläche, dann in die Oberarme, dann wieder in die Schenkel u. s. f. eingerieben wird; an den zwischenliegenden Tagen erhält Patient ein einfaches Bad. Von der eingreifenden Wirksamkeit dieser Kur mag folgender Fall zeugen:

A. Schr., 21 Jahr alt, Tagelöhner, ging am 23. März zu. Der Penis ist enorm geschwollen; besonders in der Mitte desselben, doch mehr nach vorn, geht ein Wulst um die Axe des Gliedes, der äusserst schmerzhaft bei Berührung ist; Phimosis erschwert das Uriniren sehr; aus der feinen Präputial-Oeffnung fliesst Jauche mit Blut gemischt aus. In der ersten Nacht sogleich heftiges, mit Mühe durch Eisumschläge zu stillendes Nasenbluten, so wie Blutungen aus dem Penis. *Rp.: Elix. acid. Hall.* 3ß, *Decoct. Alth.* 3v, *Syrup. rub. Idaei* 3ß. — *Hydrarg. subl. corros. gr.* ij, *S. in Aq. destill.* 3üj. *D. S.* zum Einspritzen. 24. März. Die Blutungen wiederholen sich; cachectisches, anämisches Aussehen. 26. März. An der unteren Fläche des Penis zeigt sich ein missfarbiger, schwärzlich-blauer Fleck von Groschengrösse; der leiseste Druck ist hier äusserst empfindlich. Das Harnlassen ist noch sehr erschwert; man ist nicht im Stande, der bedeutenden Phimosis halber den Katheter einzuführen. *Ung. merc.* äusserlich übergelegt. 27. März. Diesen Morgen ist bereits die äussere Präputialplatte an jener groschengrossen Stelle zerflossen in eine schmierige, dunkel braunrothe Masse, von zerrissenen Rändern umgeben; der Grund ist schmutzigweiss, wie schmieriger Käse; die Umgebung schwarzblau, mürbe, jauchig. Häufige Chamillenbäder; *Ung. mercur.* übergelegt; modificirte Innunct. Kur. Abends ist bereits Alles, was diesen Morgen noch missfarbig und mürbe war, zerflossen; eine weisse schmierige Masse von Sechsergrösse drängt sich hervor. Urin konnte heute nicht gelassen werden. Die heftigen Schmerzen lassen nach. 28. März. In der Nacht ging der Urin, doch tröpfelnd ab; die Ränder des Durchbruches bekommen ein besseres Aussehen, sie werden schärfer, grenzen sich ab von der jetzt vordringenden Masse, die von Wallnussgrösse ist. Dieselbe ist bedeckt mit jenem käsigen Ueberzug, wie man ihn in Eiterhöhlen, die länger bestanden, findet. Der Geruch ist äusserst fötid. Das Allgemeinbefinden gut. In der Ordination wird nichts geändert. 30. März. Der Durchbruch der Glans ist vollendet; sie liegt frei zu Tage. Die Abgrenzung im Präputium ist beinahe rings herum vollständig durchgeführt, nur an dem unteren noch anhängenden Stück sind einige missfarbige brüchige Flecke. Der Urin geht natürlich jetzt ohne Hinderniss ab. 1. April. Jene missfarbigen Flecke bessern sich zusehends, sie werden mehr roth und derber. Die Ränder des durchbrochenen Präputiums sehen sehr gut aus, granuliren normal und runden sich ab. Die Glans reinigt sich und oberflächliche Ulcera kommen zum Vorschein. 3. April. Die Innunct. Kur muss ausgesetzt werden, da sich Salivation zeigt. Die Abgrenzung ist vollendet, das Frenulum brückenartig durchbrochen. Die *Ulcera glandis* heilen. Das abgetrennte Stück des Präputiums ist noch infiltrirt und hängt unten durch ein einige Linien breites Band mit dem übrigen Präputium zusammen. Am 5. April wird jene Brücke, die das abgetrennte Stück des Präputiums mit der Fortsetzung desselben verbindet, so wie das Frenulum abgeschnitten. *Ung. basil.* zum Verband. Geheilt entlassen den 9. April.

Was die örtliche Behandlung phagedänischer Schanker betrifft, so wirft Ricord bekanntlich in seiner *Traité pratique* ein strenges Interdict auf das *Ung. mercur.* Lippert aber lässt ihn in seinen „Vorlesungen etc." sagen, dass das Quecksilber allerdings vermöge seiner antiphlogistischen Wirkung die Entwickelung solcher Schanker begünstige, dass es aber gewisse Umstände gebe, unter denen dasselbe heilsam wirke. „Schreitet die Krankheit trotz aller oben angegebenen Heilmethoden unaufhaltsam fort, so gehe man zur Anwendung des Quecksilbers erst örtlich, dann aber auch innerlich über u. s. w." Wir haben nun die Erfahrung gemacht, dass es in solchen Fällen immer, auch gleich zu Anfang günstig wirke. Ausser obiger Krankheitsgeschichte, der noch andere zur Seite stehen, mag dies auch folgender Fall beweisen:

P. B., 26 Jahr alt, Bäckergeselle, trat am 17. Februar mit einem sehr umfänglichen, auf der äusseren Präputialplatte um die halbe Axe des sehr intumescirten Penis verlaufenden, depascirenden Ulcus ein; dasselbe ist von der Grösse eines in die Länge gezogenen Zwanzigerstückes, hat unreine, schmutzig-braunrothe Ränder, vielfach eingerissen und heftig stinkend. Ein eben solches, nur kleineres, ebenfalls auf der äusseren Fläche des Penis mehr nach unten. Trotz der durch die Infiltration des Präputiums gesetzten Phimosis geht der Urin ohne Beschwerde ab. Gonorrhöe besteht nebenbei. Sublimatbäder, *Ung. mercur.* zum Verband. 20. Febr. Bis jetzt wenig Veränderung, nur dass sich das Geschwür nicht weiter ausbreitet, und die Infiltration des Präputiums sich verringert. 23. Febr. Die Ränder der Geschwüre begrenzen sich jetzt deutlich, sie gewinnen eine bestimmte dunkelrothe Farbe; der Grund reinigt sich. 25. Febr. Man bemerkt schon einen schmalen Vernarbungsring; schöne Granulationen bedecken den Grund; die Secretion ist unbedeutend. *Zinc. sulph. gr.* viij, *S. in Aq. destill.* 3iij, *Tinct. opii croc.* 3j. *M. D. S.* Zum Einspritzen. 27. Febr. Chlorzinkverband (das *Ung. mercur.* bleibt weg), die Einspritzungen in die Urethra werden fortgesetzt. 1. März. Die Geschwüre gehen rasch ihrer Schliessung entgegen, das kleinere ist fast schon zu. Mit den Sublimatbädern und den Einspritzungen wird fortgefahren. Am 10. März geheilt entlassen, nachdem er 17 Sublimatbäder genommen.

Mit einer ähnlichen einfachen Behandlungsweise, wie in den eben erzählten Fällen, reichten wir bei nicht gewöhnlichen Schankerformen vollständig aus. Auch Ingarden geht es so. Wir haben nie Veranlassung gehabt, Ricord's Einstreuungen von Cantharidenpulver, und nur selten Caustica, Wienerpaste etc. anzuwenden.

*) Angeborene oder erworbene Phimose neben Schankern an der Glans oder der inneren Präputialplatte indicirt nach unserer Ansicht äusserst selten die Operation durch Messer oder Scheere. Die Heilung der Operationswunde, ohnedies schon in den gewöhnlichsten Fällen ohne alle Complication bei dem schlaffen Gewebe eine äusserst langsame, ist solchen Gefahren und Verzögerungen ausgesetzt, weil es unmöglich ist, dieselbe vor Verunreinigung mit dem Schankersecret zu schützen, dass man nur in den äussersten Fällen sich zur Operation entschliessen sollte, um so mehr, als durch fleissiges Einspritzen von lauem Wasser, Chamillen-Infusion oder Sublimatsolution die Anhäufung des Eiters verhindert, die Infiltration des Präputiums bald gemindert, und bei dem gleichzeitigen Gebrauch der Sublimatbäder oder innerlich gereichten Mercurialien die Heilung des Schankers nicht im Geringsten verzögert wird.

c. Bubo.

Ich verzichte darauf, der detaillirten, theoretisch wohl ganz richtigen, practisch aber unbrauchbaren Distinction Ricord's bezüglich der Natur der Bubonen nachzugehen. Gewiss ist, dass wesentliche Unterschiede unter ihnen bestehen, und dass nichts weniger thunlich ist, als allgemeine Regeln der Behandlung derselben aufstellen zu wollen, unter die jeder einzelne Fall untergebracht werden könnte. Allein in prac-

tischer Hinsicht ist es von keinem Werth zu entscheiden, ob der eine Bubo specifisch virulenter Natur ist, der andere sympathisch, inflammatorisch, nach einer Blennorrhöe oder vollends *d'emblée* (?) entstanden ist. Diess Alles ist für die Behandlung desselben indifferent. Von practischer Bedeutung ist vielmehr die Berücksichtigung der frühern oder noch bestehenden Constitution des Kranken, sowie eine genaue Würdigung der rein anatomischen Verhältnisse des vorliegenden Falles. Ich meine nämlich so: In dem Habitus des offnen Bubo ist nichts Characteristisches, nichts Specifisches zu erkennen, welche Form, welchen Verlauf er auch annehmen mag, das andere Drüsen-Affectionen unter denselben oder ähnlichen anatomischen Verhältnissen und derselben scrophulösen, torpiden oder irgend andern Constitution nicht auch zukäme; und ebenso erfordert ein primärer oder secundärer Bubo, abgesehen von den vielleicht begleitenden Zufällen, keine andere Behandlung, als jede andere, ähnlich gelagerte unter dem Einfluss einer ähnlichen Constitution stehende Drüsen-Vereiterung. Hier, wie dort gelten die allgemeinsten chirurgischen Regeln, die aber, eben ihrer blos auf anatomischem Boden ruhenden Allgemeinheit wegen jeder einzelne Fall besonders modificirt. Bei offnen, syphilitischen Bubonen, wie in andern Fällen eines vereiternden Drüsenplexus hängt es von der Constitution des Kranken ab, ob die Eiterung der Drüse bald beschränkt werden kann oder nicht, ob das umgebende Gewebe sich leicht infiltrirt oder nicht, ob dieses Infiltrat mit Destruction des Gewebes früher oder später in Eiterung übergeht, oder ob es theilweise, oder ganz sich zu organisiren strebt, sich verhärtet, die allgemeinen Decken sich wulstig aufwerfen, oder sinuös unterminiren lassen u. s. f. Oder reicht etwa die blos locale, chirurgische Behandlung syphilitischer oder anderer Bubonen mit Messer, Scheere, Bourdonnets, Ligaturen, Causticis, Cataplasmen etc. nicht aus? — Theile ich zur leichtern Uebersicht die Behandlung der Bubonen in zwei Abschnitte, von denen der erste bis zur spontanen oder künstlichen Eröffnung desselben, der zweite von da bis zur definitiven Schliessung reicht, so bietet offenbar das erste Stadium mehr Schwierigkeiten, die richtigen Indicationen zu stellen, und demgemäss die passenden Mittel zu wählen, während beim zweiten die Indicationen immer klar sind, die Erfolge aber desto länger auf sich warten lassen. Unter den vielen zur Zertheilung des Bubo empfohlenen Mitteln haben uns wiederholte, kräftige locale Blutentziehungen mit Compression verbunden, bei ruhiger Lage und karger Diät als die wirksamsten geschienen. Die Verbindung des grauen Quecksilberpflasters mit Campher wird bei beginnenden Bubonen sehr häufig von uns benutzt. Tendirt ein Bubo zur Resolution, so ist die Verbindung der zertheilenden, auflösenden Eigenschaft des Quecksilbers, mit der die Gefässnerven erregenden, die Circulation beschleunigenden des Camphers gewiss geeignet, dieselbe zu befördern. Steht aber das Infiltrat des Bubo unter dem Einfluss einer den Uebergang in Eiterung begünstigenden Blutmischung, so beschleunigt ebenfalls der Campher diesen Uebergang. Die Vereinigung der entzündungswidrigen Eigenschaft des Mercur mit der reizenden des Campher ist demnach kein Widerspruch; auch Henle sucht diess in seiner Pathologie rein physiologisch zu erweisen. Gewöhnlich werden Zertheilungsversuche bei uns mit localen Blutentziehungen eröffnet und dann mit und auf diesem Pflaster der Druckverband angelegt. So lange die einzelnen Drüsenganglien noch beweglich, so lange sie noch isolirt durchzufühlen sind, so lange also ihre von Entzündung noch nicht ergriffene Umgebung sie nicht fixirt, die allgemeinen Decken noch verschiebbar, noch nicht angeheftet sind, gelingt die Zertheilung der Bubonen nicht so selten. Hat die Entwicklung des Bubo dagegen diese Punkte überschritten, so ist wohl von keinem Zertheilungsversuch mehr etwas zu erwarten. Was die Eröffnung des Bubo betrifft, so haben uns wirklich in manchen Fällen die vielen, einzelnen Einstiche mit einer Lanzette nach Ricord den Vortheil geboten, die Hautdecken zu erhalten; in andern Fällen gelang diess nicht, wodurch denn freilich die Heilung verzögert wurde. Wohl der Empfehlung werth hat sich uns die Eröffnung des Bubo mit *Kali caust.* erwiesen. Ohne entscheiden zu wollen, worin die günstige Wirkung dieses Mittels besteht, genüge es anzuführen, wie sie sich äussert. Die Infiltration der Drüse schwindet nämlich rasch; meist ist von derselben bei endlicher Abstossung des Schorfes bereits nichts mehr nachzuweisen, und der ganze Heilungsvorgang besteht von nun an lediglich in Contraction und Vernarbung der Haut an der durch Abstossung offnen Stelle.

Bezüglich der ferneren Behandlung des offnen Bubo wüsste ich nichts hervorzuheben, was nicht die tägliche chirurgische Erfahrung in andern ähnlichen Fällen lehrt. Nur so viel im Allgemeinen: fistulöse Gänge, die sich in dem schlaffen Gewebe der Inguinalgegend nur zu leicht bilden, fordern, wenn nicht die Constitution des Kranken dagegen ist, die blutige Eröffnung mit Messer oder Scheere; denn der sorgfältigste Verband mit Einführung reizender Bourdonnets, Ligaturen, Darmsaiten u. s. w. schliesst solche Gänge nicht. Welchen Nachtheil es aber hat, bei herabgekommenen, cachectischen Individuen eben so schnell mit Messer oder Hohlsonde bei der Hand zu sein, hat uns leider die Erfahrung einigemale gelehrt. Die Geschwürsfläche wird dadurch nur vergrössert, es bilden sich bald neue Sinuositäten, und wollte man in solchen Fällen consequent einseitig fortfahren, immer wieder zu spalten, so könnte man bei der gegenseitigen Bedingung zwischen Ursache und Wirkung das Leben des Kranken wesentlich gefährden. — Salbenverbände, reizender oder calmirender Natur — keine haben uns Vortheile geboten. Am meisten fördern noch feuchtwarme Cataplasmen von Leinsaamen. Ueberschläge von Lösungen verschiedener Stoffe, wie von *Argent. nitr.*, Jodkali, aromatische Fomentationen bringen immer nur in den ersten Tagen ihrer Anwendung eine günstige Veränderung in der Geschwürsfläche hervor. Häufiger Wechsel derselben ist aber schon insofern eine missliche Sache, als ihre Anwendung überhaupt schon eine schlechte Constitution und sonstige ungünstige Verhältnisse voraussetzt. Das Einlegen von Erbsen, wie Ingarden empfiehlt, bei kraterförmigen Sinuositäten hat sich uns öfters nützlich erwiesen. Der Gebrauch der Sublimatbäder bei offnen Bubonen, in der Absicht die vermeintliche dyscrasische Ursache des schlechten Habitus des Geschwürs zu tilgen, besserte das Aussehen desselben keineswegs, die Granulationen wurden noch blasser und schlaffer, ödematös schwammig und nur zu bald, meist schon nach sieben oder neun Bädern, trat Salivation in den meisten Fällen ein. —

Nimmt schon jeder nur einigermassen umfängliche Bubo eine gewisse Zeit des Verlaufs (6—10 Wochen) in Anspruch, die sich nicht durch die sorgfältigste, rationellste Behandlung abkürzen lässt, bei der einfachsten chirurgischen Behandlung aber noch am raschesten verläuft, so können indolente Bubonen bekanntlich Kranken und Arzt auf eine harte Geduldprobe stellen. Selbst auf die Gefahr etwas allzu bekanntes zu sagen, glaube ich doch hier auf etwas aufmerksam machen zu müssen. Man sollte nämlich unter indolenten Bubonen nur solche verstehen, bei denen die einzelnen infiltrirten Drüsenganglien zu einer compacten Masse durch chronische Entzündung verschmolzen, nicht die geringste Neigung besitzen durch raschen Uebergang in Eiterung oder durch Resorption zu schmelzen. Lange getragene, nicht behandelte Bubonen bieten ebenfalls zuweilen diese Härte und Schmerzlosigkeit derjenigen, die ich *κατ' ἐξοχήν* indolente Bubonen nennen müsste; diese Induration betrifft aber bei ihnen nur das umgebende Bindegewebe, dieses, so wie die ganze Umgebung in grösserem oder geringerem Umfang ist durch chronische Entzündung förmlich hypertrophirt; die Drüsensubstanz selbst aber fängt bei passender Behandlung bald an zu eitern. Lässt meist nach langer Zeit diese Eiterung nach, so hindert dieses *indurirte* Gewebe der Umgebung die Schliessung keineswegs. Häufig ist allerdings aus leicht erklärlichen Ursachen die Indolenz des Bubo, die Infiltration des Drüsenkörpers mit der Hypertrophie des umgebenden Gewebes vereinigt.

Die Aufgabe bei der Behandlung des indolenten Bubo ist einfach: der zu einer speckigen, compacten Masse degenerirte Drüsenplexus muss bald möglichst mit Messer oder Scheere oder mit Causticis entfernt werden. Bei torpiden Naturen mit straffer Faser sieht man zuweilen das Drüsenconvolut scharf abgegrenzt von seiner Umgebung, besonders den allgemeinen Decken (weniger an seiner Basis), wie eine Nuss in ihrer Schaale liegen; dann bietet die Exstirpation keine Schwierigkeiten. Ein successives Abtragen mit der Scheere ist aber schon aus dem Grunde zu empfehlen, um möglichen Blutungen beikommen zu können. In andern Fällen, wo diese scharfe Abgrenzung nicht vorhanden, hat sich das *Kali caust.* wiederholt und immer wieder und stark aufgetragen bis zur totalen Entfernung der Drüse als das beste Causticum bewährt. Es bringt Leben in das torpide Gewebe, die Granulationen schiessen kräftig und frisch in der ganzen Umgebung auf, und so bald der letzte Rest der Drüse zerstört ist, ist auch die Verkleinerung und Schliessung der oft so geräumigen Höhle nicht mehr ferne. *)

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Medicinische Klinik des Hofrath Dr. Oppolzer in Leipzig

von

Dr. Hennig.

Ischias.

Sie ward im Jacobs-Hospitale an einem Handarbeiter Namens Goldhorn, 44 Jahr alt, beobachtet. Vor 20 Jahren bekam er in Folge einer Erkältung, durch Gehen in blossen Füssen nach starker Erhitzung veranlasst, eine Hautwassersucht, die sich im Militärhospitale zu Wurzen

*) Auf S. 27 No. 3 der d. Klinik in der Anm. ist zu lesen statt Jod-Zink: folgd. Zink.

nach 12 Wochen durch starke Diurese verlor. Später hat sich Patient in seinen Geschäften oft sehr angestrengt und ist dann durchnässt worden. Seit einem Jahre hat er Schmerz im linken Oberschenkel, der sich einmal auf 14 Tage verlor, bei schöner Witterung besser ward; es sind dagegen bereits Schröpfköpfe und Pflaster ohne besondern Erfolg angewandt worden. Der Schmerz erstreckt sich von der hintern Seite des linken Oberschenkels herab bis zum *malleolus externus*, setzt zuweilen $^1/_4$ Stunde aus; vermehrt sich im Gehen anfänglich, wird darauf milder und schweigt endlich ganz; durch Bettwärme nimmt er zu und stört den Schlaf beträchtlich. Bei seiner Aufnahme am 16. November 1849 erscheint der linke Oberschenkel und die zugehörigen Glutäen etwas abgemagert; hinter dem *troch. major* fühlt man den Strang des Ischiadicus, nicht angeschwollen, doch gegen Druck empfindlich; am schmerzhaftesten ist die Austrittsstelle aus dem ischiad. Einschnitte; fernere Schmerzpunkte sind: die Kniebeuge und die Stelle, wo sich der Peronäus um das Köpfchen der Fibula schlägt. Hierbei macht Opp. darauf aufmerksam, dass neuralgische Stränge nicht nothwendig in der Bahn ihrer Aeste schmerzen müssen. Nachdem die Eingeweide der Brust und des Unterleibs (eine Milzanschwellung abgerechnet, die von einer frühern Intermittens zurückgeblieben ist) für normal befunden worden und man den Kranken hat aufstehen lassen, wobei ein geringes Hinken zu bemerken war, lässt Opp. die unterscheidende Diagnose folgendermassen abfassen:

Läge dem Hüftweh hier ein Hirnleiden zu Grunde, so würden wir auf Störungen der Geistes- und Sinnesfunctionen oder irgend eines mit Cerebral-Nerven versorgten Theiles treffen; Rückenmarksleiden würde beide Extremitäten befallen (gewiss auch Paraplegie setzen), während Leiden der Wirbelsäule, z. B. Caries, früh beim Aufsitzen die heftigsten Schmerzen, Geschwulst und Verkrümmung erzeugt; Periostitis, Osteoporose des Beckens würden sich fühlen lassen (mit Merkurialien zu bekämpfen sein); Coxalgie würde Geschwulst, Schmerz beim Pochen auf den grossen Knorren, Beckenverschiebung veranlassen; Blutpfröpfe in den Venen sind ebensowenig nachzuweisen; ein Psoasabscess würde schon in der Tiefe der Lendengegend schmerzen, Flexion und Pronation des Schenkels verhindern (entweder von Wirbelentzündung oder von Entzündung des Zellgewebes hinter dem Bauchfelle herstammen); Lumbago würde das Befühlen des *quadrat. lumborum* mit Schmerz verbinden, das Hintenüberbeugen und das Wenden von der einen Seite zur andern dem Kranken verbieten; auch Entzündung der Glutäen entspricht dem Orte des Schmerzes nicht; das früher dagewesene Nierenleiden ist jetzt weder durch Palpation noch chem. Untersuchung des Urins nachzuweisen; auch Kothansammlung im *S romanum* und Mastdarm ist ausgeschlossen, denn man fühlt beide zusammengezogen; ebensowenig sind Blasengeschwülste oder Steine zu ermitteln; bei Frauen würde man nach etwaiger Schwangerschaft (mit Spinalirritation nach Kilian), Gebärmutterkrankheit (Infarct, Krebs, Fibroide, zumal in der Beckenhöhle eingeklemmte), Eierstocksleiden und besonders nach einem Beckenabscess zu sehen und zu fragen haben. Letztere Krankheit wird noch häufig mit Hüftweh verwechselt, entwickelt sich gern nach der Geburt in den breiten Mutterbändern; trotz aller antiphlogistischen, zertheilenden, ableitenden, beruhigenden etc. Behandlung magern die Kranken ab, leiden Schmerzen, bis der Arzt durch eine allerdings oft dunkle Fluctuation aufmerksam gemacht, mit ergiebigem Schnitte dem Eiter Abfluss gewährt. — Von Allgemeinleiden endlich hätten wir Blei- und Quecksilbervergiftung, Syphilis und Bleichsucht (mit Spinalirritation) noch auszuschliessen; von alle dem lässt sich bei unserm Kranken nichts nachweisen.

Als Ursachen erkennt das Hüftweh anhaltendes Marschiren, Treppensteigen, Erkältung. Bei der Section fand Opp. zweimal nichts, sonst Hyperämie des Neurilems, seröse Infiltration unter der Scheide mit nachfolgender Atrophie des Nerven und der zugehörigen Muskeln.

Behandlung des rein örtlichen Leidens: bei mässigem Grade und neuer Entstehung Hautreize (Senf, Kampfer), bei heftigen Schmerzen Blutegel an die Schmerzpunkte, bei weniger empfindlichen Leuten Schröpfköpfe ans Gesäss, später Blasen- auch Pustelpflaster (*tart. stib. gr.* x—xv auf ℥β *empl. diach.*), Autenrieth's Salbe; dabei laue Bäder, im chronischen Falle Dampfbäder. Veraltete Fälle lassen Veratrinsalbe (*gr.* iij bis iv auf ℥j), nach Romberg Terpenthinöl innerlich (täglich zu ℥j mit Honig) und äusserlich zu; bei schlaflosen Nächten Morphium; auch örtlich Opium mit *ungt. cin., aq. laurocer., extr. hyosc. spir.* Als Specifica gelten noch Kupfer-, Silber-, Gold- und Zinkpräparate.

Neuralgia nervi temporalis et hemiplegia nervi facialis.

Sie wurden neben einander bei einem Achtundfünfziger, Goldarbeiter von Profession, am 15. November 1849 beobachtet. Derselbe hat immer in guten Verhältnissen gelebt, etwas Branntwein, doch immer mässig, zu sich genommen, nur selten mit Quecksilber zu thun gehabt. Seit drei Wochen hat er Reissen in Schlund, Hals und Ohr linkerseits bekommen, ohne dass er an einer kalten Wand gelegen noch der Zugluft sich ausgesetzt hat; dabei hatte er Schnupfen in der linken Nasenhälfte mit Ausfluss einer hellen Flüssigkeit; später war dieser Gang verstopft. Die Schmerzen waren brennend, nicht sehr heftig; es gesellte sich Schwerhörigkeit linkerseits, Schwindel und Doppelsehen dazu. Vor zwei Jahren will er von Schleimhämorrhoiden und Stuhlzwang belästigt worden sein.

Heut ergiebt die Besichtigung normalen Kopfbau mit vorwaltendem Längsdurchmesser, Gesichtsfarbe zinnoberroth, während die Körperhaut etwas livid und feucht ist; Temporalarterie ausgedehnt, sehr gewunden. Pat. giebt an, beim Liegen Schmerz, im Sitzen Schwindel zu empfinden; der Druck auf die Schädelknochen ist unschmerzhaft, dagegen trifft man auf ein *punctum dolorificum*, von dem man nicht bestimmen kann, ob es im *n. temporalis superficialis* oder *profundus*, oder im *musc. temporalis* selbst sitzt. Die Geistesverrichtungen sind gehörig, ausser dass Pat. angiebt, es falle ihm das Denken etwas schwer, auch habe in letzter Zeit sein Gedächtniss sehr gelitten. Während des neuralgischen Anfalles, der täglich 2—3 mal auftritt, hat er Hitze; anfangs hat der Schmerz manchmal den ganzen Tag gedauert. Die Wirbelsäule ist weder an sich, noch bei Bewegung oder Druck empfindlich. — Das linke Nasenloch ist bedeutend kleiner, als das rechte, indem der *levator palpebrae* nicht wirkt; Gefühl dieses Theils und Geruch sind ungestört. Die Zunge wird gerad herausgestreckt, Uvula nicht verzogen; Geschmack und Gefühl im Munde vorhanden. Der linke Mundwinkel steht tiefer, das Filtrum der Oberlippe ist nach rechts verzogen, die *linea nasolabialis* undeutlich, die linke Wange abgeflacht. Ohrensausen stellt sich nur ausser den Anfällen ein; der Gehörgang ist ohne Tadel, kein Ohrenfluss nachzuweisen. Die Lider des linken Auges schliessen schlecht, dagegen sind die Muskeln des Bulbus in voller Thätigkeit. Links kann Pat. nicht gut kauen noch den Bissen unterbringen; es scheint ihm als sei daselbst das Zahnfleisch angeschwollen.

Schlingen und Sprechen sind gut, doch fallen ihm alle Lippenlaute schwer. Sonst finden sich keine Schmerzen, Lähmungen noch Krämpfe.

Lähmung des Facialis kann entstehen: 1) im Verlaufe des Nerven durch Caries des Felsenbeins bei Tuberkulösen (ein solcher Fall ist am 26. November zur Obduction gekommen, soll später mitgetheilt werden), Verhärtung der Parotis (so beobachtete sie Opp. in Prag nach Typhus), Anschwellung des *processus mastoideus*. Das Doppelsehn entsteht durch periodische Erlahmung des einen (gewöhnlich des äussern) Augenmuskels; ist der *m. buccinator* gelähmt, so können die Kranken nicht den Bissen zwischen die Zähne bringen, Lippenlaute nur mit Verziehung des Mundes aussprechen. 2) Centrale Bedingungen zur *paralysis facialis:* Geschwülste und Exsudate der verschiedensten Art im Gehirn; man kann auf solche nicht gut schliessen, so lange Sinnes- und Geistesverrichtungen in gutem Stande sind. 3) Peripherisch wird sie erregt durch Zugluft, Liegen an kalter Wand, Blei- und Arsenschminken, Salivationskuren.

Manchmal erscheint sie nach schweren Krankheiten, wie nach Typhus, ohne nachweisbare Veranlassung.

Die peripherische Lähmung hat die beste Prognose. Die Behandlung bedarf bei leichten Fällen nur Einhüllung mit Watte (so hier); in höhern Graden Hautreize, z. B. Strychnin auf ein Blasenpflaster (bei Congestionszuständen unstatthaft), auch Veratrinsalbe (*gr.* ij auf ℥j) auf eine aufgezogene Stelle. Noch hartnäckigere Lähmung erfordert Electricität oder Galvanismus auf die Haut oder mit Acupunctur.

Sowohl Neuralgie als Lähmung sind jetzt bei besagtem Kranken im Abnehmen; er erhielt noch ein Vesicator und eine Mischung mit Glaubersalz bei voller Kost. Auch jene Ischias bessert sich täglich nach dem Gebrauche von Morphium (Abends $^1/_{12}$ Gran) und' lauen Bädern.

Mittheilungen aus dem allgemeinen Krankenhause zu Hamburg

von

Assistenz-Arzt Dr. G. Helbert.

Lähmung des *Musculus serratus anticus major.*

Im Jahre 1845 wurden mehrere Fälle von Lähmung des grossen vordern Sägemuskels, nachdem vier Fälle, welche schon früher von französischen Aerzten beobachtet waren, unbeachtet geblieben, bekannt gemacht, unabhängig von einander in Deutschland und in Frankreich. Hecker (Erfahrungen im Gebiete der Chir. 1845) beschreibt die Krankheit als „eine eigenthümliche, die Erhebung des Armes hindernde Lageveränderung des Schulterblattes," und entwirft nach fünf beobachteten Fällen ein ziemlich genaues Krankheitsbild, ohne indess in der Lähmung des Serratus die Erklärung der Erscheinungen zu finden. Die erste genauere Beschreibung der Franzosen findet sich in der *Gaz. des hôp.* 1845, 21. Juni, von Rayer. In rascher Folge wurden darauf in der

Gaz. des hóp. fünf andere in den Pariser Hospitälern beobachtete Fälle beschrieben. Seitdem ist nur noch ein einziger Fall, der elfte, von Robert (*Gaz. d. hóp.* 3. Juni 1848) bekannt geworden.

Schon viel früher hatte Stromeyer in seinem Buche über die Paralyse der Inspirationsmuskeln von der Lähmung des Serratus gesprochen, und von dieser die paralytische Skoliose hergeleitet. Seine Krankheitsfälle, welche er als Lähmung des Serratus bezeichnet, gehören nicht hierher, da sich bei denselben Lähmung des Serratus eben gar nicht findet, und die Skoliose nicht Folge einer solchen Lähmung ist. Die Betrachtung der bei unserm Kranken beobachteten Symptome wird dies genügend ergeben.

C. B., ein Tischlergeselle von 25 Jahren aus Schlesien, kam um die Mitte Januars ins Hamburger Krankenhaus. Er ist ein gesund aussehender, kräftiger, muskulöser Mann, der bis auf ganz unbedeutende Affectionen nie krank und immer an schwere und anstrengende Arbeit gewöhnt war. Vor etwa einem Vierteljahr lag er wegen leichter gastrischer Beschwerden kurze Zeit im Hospitale, wo sein Bett dicht am Fenster, und zwar so stand, dass Zugluft auf empfindliche Weise seine rechte Schulter traf. Als er damals das Hospital verliess, fühlte er schon flüchtige Schmerzen und eine kleine Schwäche in der rechten Schulter, zugleich eine unbedeutende Schwerhörigkeit des linken Ohres, Dinge, die er aber nicht weiter beachtete. Als er seine Arbeit wieder begann, fühlte er, ohne sich weiter Rechenschaft davon zu geben, und ohne gerade Schmerzen zu empfinden, seinen rechten Arm schwächer als gewöhnlich, und er sah sich gezwungen, die letzten 6—8 Wochen seine gewöhnliche Arbeit mit leichterer, besonders mit solcher zu vertauschen, bei der er weniger den rechten Arm anzustrengen und zu bewegen brauchte; zumal war ihm das Hobeln unmöglich. Zuletzt ward er durch die vollkommene Unfähigkeit den rechten Arm zu erheben, genöthigt, die Arbeit ganz einzustellen, obgleich sein Allgemeinbefinden durchaus nicht litt.

Betrachtet man den Rücken des Kranken, wenn er aufrecht mit herabhängenden Armen steht, so fällt vor Allem in die Augen, wie die ganze Scapula, besonders aber ihr unterer Theil auf dem Rücken einen grossen Vorsprung bildet und zugleich der Wirbelsäule genähert ist; dass sie, während sie sonst fest den Rippen aufliegt, von diesen gleichsam abgelöst erscheint, und als eine dreieckige Fläche, die Haut vor sich anspannend, hervorsteht. Diese Difformität wird noch vergrössert, wenn der Kranke den Arm erhebt. Dann tritt die Scapula noch mehr, einem Flügel ähnlich, nach hinten vor, ihr innerer Rand nähert sich den Dornfortsätzen der Wirbelsäule, ja schiebt sich so weit nach der Mitte, dass er diese fast überragt. Man kann mit Leichtigkeit mit den Fingern unter die Scapula, in die *fossa subscapularis* tief hineingreifen. Der untere Winkel des Schulterblattes steht, wenn der Kranke seinen Arm herabhängen lässt, fast um drei Finger breit höher als an der gesunden Seite, und zugleich am meisten der Wirbelsäule genähert. Die ganze Schulter ist nach vorn rotirt, und erscheint dadurch, wenn man den Kranken von hinten betrachtet, abgeflacht, indem sie nicht so sehr wie die linke nach aussen vorspringt. Der Umriss, den die Weichtheile des Halses vom *processus mastoideus* bis zum Acromion bilden, ist eine ausgeschweifte Linie, welche rechts eine bei weitem stärkere Concavität hat als links. Unter der Haut ist hier der äussere Rand des Cucullaris deutlich sichtbar und fühlbar angespannt. Der innere Winkel des obern Randes der Scapula ist in die Höhe gezogen, und die Schulter steht tiefer als dieser Winkel. Nur so ist es möglich geworden, dass, obgleich der untere Winkel der Scapula der rechten Seite fast um drei Finger breit höher steht, die rechte Schulter gleiche Höhe mit der der andern Seite behalten hat, eher noch etwas tiefer steht, besonders ist der tiefere Stand der Achselfalte auffallend. Die *fossa supraspinata* ist auf der rechten Seite nicht so fest und voll ausgefüllt wie auf der linken, die Muskulatur erscheint laxer. — Die Bewegungen des rechten Armes sind sehr beschränkt. Patient vermag ihn, freilich mit einiger Anstrengung, fast bis zur Höhe der Schulter zu erheben. Will er ihn aber nur kurze Zeit in dieser Höhe erhalten, so muss er den Ellenbogen der gelähmten Seite mit der linken Hand unterstützen. Den Arm höher zu heben ist er aber nicht im Stande, und gelingt es ihm scheinbar, so bewirkt er diess dadurch, dass er seinen ganzen Oberkörper nach links herüber biegt, und so die ganze rechte Schulter erhebt, wodurch er allerdings die Richtung des Oberarmes zu einer senkrechten Linie, aber nicht zum Rumpfe verändert. Drückt nun aber ein Anderer mit der flachen Hand die vorspringende Scapula gegen die Rippen kräftiger, was sehr leicht ausführbar, und drängt zugleich den untern Winkel des Schulterblattes nach aussen und vorn, so ist der Kranke im Stande, alle die Bewegungen, welche ihm kurz vorher unmöglich waren, ohne Anstrengung ganz auszuführen, er kann den Arm hoch empor heben, und den Vorderarm auf den Kopf legen, den er noch eben nicht erreichen konnte. Die Respiration des Kranken war ganz ungestört, die Ausdehnung der Brust bei der Inspiration eine ganz gleichmässige auf beiden Seiten.

Da eine Erkältung die Krankheit so unzweifelhaft verursacht hatte, ward eine antirheumatische Behandlung eingeschlagen. Der Kranke bekam Colchicum, warme Bäder, die Schulter ward mit Salmiakgeist eingerieben. Nach den ersten vierzehn Tagen schien wirklich einige Besserung einzutreten; wenn auch schon die Formveränderung der Schulter dieselbe blieb, so wurden doch die Functionsstörungen geringer. Der Arm konnte mit grösserer Leichtigkeit und höher gehoben werden. Jedoch trat bald ein Stillstand in der anfänglichen Besserung ein. Kalte Douche 14 Tage lang auf die kranke Schulter und Seite angewandt, bewirkte gar keine Veränderung. Vom 15. Februar an wurde ein Versuch mit der Rotations-Electricität gemacht. Die Drähte wurden an den untern Winkel der Scapula und an den vordern Theil der Brust, den Dentitionen des Serratus entsprechend, angelegt. Vier Wochen lang wurde die Anwendung der Electricität fast täglich wiederholt. Ihr Erfolg war ein total ungünstiger, wenn die eingetretenen Veränderungen der Behandlung zugeschrieben werden können. Die Kraft im Arme nahm ab. Der Kranke war nicht mehr im Stande, den Arm so hoch wie früher zu erheben. Die Hebemuskeln des Armes, der Deltoideus, Supraspinatus und Infraspinatus wurden schlaff und atrophisch. Das Polster der Schulter verlor sich so sehr, dass die Schulter ganz abgeplattet erschien. Dazu litt das früher ungestört gewesene Allgemeinbefinden des Kranken. Husten mit Auswurf, allgemeine Abmagerung stellte sich ein. Der Kranke wurde unlustig, trübe gestimmt, lag meist den ganzen Tag im Bette. Besonders matt und krank fühlte er sich nach jedesmaliger Anwendung der Rotationsmaschine. Darauf wurde von der Mitte März an Leberthran gegeben, und gleichzeitig wurden nach dem Laufe des Serratus fliegende Vesicantien in ziemlicher Anzahl gelegt. Bei dieser Behandlung, verbunden mit gut nährender Diät, besserte sich bis Ende Aprils sowohl der allgemeine Zustand des Kranken, als auch die Affection der Schulter. Der Husten hatte jetzt fast ganz aufgehört, Kräfte und Ernährung hatten zugenommen. Den Arm konnte Pat. mit grösserer Leichtigkeit erheben, jedoch schien nebst der noch bestehenden Atrophie der Muskeln die Difformität der Schulter zugenommen zu haben. Die kranke Schulter stand jetzt tiefer als früher, tiefer als die gesunde Schulter, und noch mehr nach vorne gewälzt. Die auffallendste Veränderung aber, welche eingetreten war, ist eine Verkrümmung der Wirbelsäule, welche früher entschieden nicht bestanden hatte. Nämlich es war die Wirbelsäule dem kranken Schulterblatte gegenüber convex nach der kranken Seite herausgebogen (23. April).

Der Kranke blieb noch bis zur Mitte Juli's im Hospitale, *jedoch* ward mir in dieser letzten Zeit nur seltner die Gelegenheit, ihn zu sehen. Bei seinem Abgange hatte er sein früheres gesundes Aussehn und seine frühere Fülle wieder erlangt. Nur die Muskeln des rechten Armes, und besonders der Deltoides blieben bedeutend magerer, die ganze Extremität schwächer. Patient konnte den Arm ohne fremde Hülfe ganz emporstrecken, und dabei trat die Scapula etwas weniger als früher hervor. Die Verbiegung der Wirbelsäule war unverändert geblieben.

Also war die Function der Muskeln in höherem Grade wieder hergestellt, als die normale Form der Schulter, ein Resultat der Behandlung, welches auch von Hecker angeführt wird.

Alle hier beobachteten Störungen der Form und der Function der Schulter und des Armes werden nun allein bedingt und vollkommen erklärt durch die Lähmung des *Musc. serratus anticus major*. Wie bei der Lähmung jedes Muskels die Antagonisten ein Uebergewicht bekommen, so hier sämmtliche Muskeln, welche das Schulterblatt in seiner Lage befestigen und es bewegen. In der Ruhe hält der Serratus den untern Winkel der Scapula gegen die Brustwand angedrückt. Ist er gelähmt, so springt dieser Winkel von derselben ab. Die Rhomboidei ziehen die Scapula gegen die Wirbelsäule, und besonders ihren untern Winkel, der sonst durch den Serratus nach vorn und aussen gehalten und gezogen wird. Der *Levator anguli sc.* zieht den innern, obern Winkel der Scapula in die Höhe, während der *Pectoralis minor*, der sich an den *Processus coracoideus* ansetzt, diesen, und mit ihm die ganze Schulter herab und nach vorn zieht, wozu gleichzeitig die Schwere des Armes und der Zug des *Pectoralis major* mitwirkt. Die Contraction des *Levator anguli sc.* und des Cucullaris bewirkt die stärkere Concavität und die straffe Anspannung des Bogens den die Weichtheile zwischen Kopf und Schulter bilden. Endlich fühlte man den *Supraspinatus* erschlafft, weil bei der Wendung des äussern und obern Winkels des Schulterblattes nach unten und vorn, dieser dem Oberarm genähert ist, daher der Muskel gleichsam zusammengefallen sein muss.

Was nun die Functionsstörungen anlangt, so war der Kranke im Stande seinen Arm bis zur Höhe der Schulter, jedoch nicht weiter zu erheben, wenn man nicht durch äussern Druck gegen die Scapula die Wirkung des Serratus zu ersetzen suchte. Diese erste Bewegung geschieht durch die Contraction der eigentlichen Hebemuskeln des Armes, die übrigen Muskeln, welche sich an die Scapula setzen (bes. Serratus und Rhomboidei) fixiren dieselbe nur durch mässige Contraction, so dass sie als fester Punkt den Hebemuskeln dienen kann. Höher aber,

als blos zum rechten Winkel, vermag der Deltoides den Arm nicht zu heben, eine höhere Erhebung des Armes geschieht überhaupt nicht durch eine Bewegung des Kopfes des Humerus in der *fossa glenoidalis*, sondern ist einmal der Arm bis zur horizontalen Linie erhoben, so bleibt er in dieser Stellung gegen die Scapula fixirt, und die weitere Erhebung des Armes von der horizontalen bis zur senkrechten Linie ist das Resultat einer Locomotion der Scapula durch die Action des *Musc. serratus ant. maj.* Dadurch beschreibt das Schulterblatt in seiner Ebene eine solche Kreisbewegung, dass die in der Nähe nach aussen gerichtete *fossa glenoidalis* eine Richtung nach oben bekommt, folglich darauf ihr fixirter Humerus in die Höhe gehoben wird. Die Lähmung des Serratus macht mit der Locomotion der Scapula also die Erhebung des Armes unmöglich.

Daher sind wir auch nicht im Stande den Arm zu erheben, wenn wir geflissentlich die Contraction des Serratus verhindern. Wölben wir nemlich unsere Brust stark hervor und ziehen die Schultern zurück, so ist es uns durch keine Anstrengung möglich, die Arme höher als bis zur Schulterhöhe zu erheben. Die Rhomboidei und Cucullares lassen die Scapula nicht dem Zuge des Serratus folgen. — Bei einem in unserm Krankenhause behandelten Mädchen mit einem Querbruche der Scapula war das einzige Symptom, welches die Kranke klagte, dass sie ihren Arm nur bis zur Höhe der Schulter erheben könne. Natürlich ward die durch den Serratus bedingte Bewegung des untern Fragments, bei der Trennung der Continuität der Scapula, dem obern und mit ihm dem Arme nicht mitgetheilt. Als nach 4 Wochen die Fractur consolidirt war, war die Beweglichkeit des Armes durchaus unbehindert.

Sowohl bei unserm Kranken, wie bei allen andern bekannt gewordenen Fällen von Lähmung des Serratus fehlen Erscheinungen einer gestörten Respiration vollständig. Schon das muss es uns zweifelhaft machen, ob dieser Muskel für die Respirationsbewegungen wirklich von der grossen Wichtigkeit sei, wie Bell es angenommen, ob der zu dem Muskel gehende Nerv den Namen *N. respiratorius externus*, den Bell ihm gegeben, verdient. — Die nothwendigste, die hauptsächlichste Function des Muskels ist jedenfalls die Erhebung des Armes, und es scheint mir unwahrscheinlich, dass er zugleich bestimmt sein sollte, noch eine andere und nicht minder wichtige Bewegung zu vermitteln. Um diese Inspirationsbewegung, die Erhebung der Rippen, überhaupt durch den Serratus möglich zu machen, müsste der so leicht bewegliche und so oft bewegte untere Winkel der Scapula fixirt sein, und dürfte vor Allem nicht, wie es auch bei vorgestreckten Armen der Fall ist, nach vorn und aussen geschoben werden. Hauptsächlich stützen aber Bell und besonders Stromeyer nach ihm, ihre Ansicht, dass der Serratus vorzüglich Inspirationsmuskel sei, auf die angebliche Erfahrung, dass bei Lähmung des Serratus einer Seite das Diaphragma die Rippen der einen Seite, dass bei Lähmung des Serratus beider Seiten das Diaphragma als innerer Respirationsmuskel die Rippen beider Seiten einwärts ziehe, dass im ersten Falle Skoliose, im zweiten die Hühnerbrust die Folge sei. Stromeyer bezeichnet fast eine jede Skoliose als Lähmung des Serratus der eingefallenen Seite, aber überall fehlt der Beweis, dass wirklich diese Lähmung vorhanden war; vor Allem finden wir nirgends ein einziges Symptom, welches, wie unser Fall uns gelehrt, die Lähmung des Serratus characterisirt, nothwendig durch diese Lähmung bedingt wird. Wäre aber jene Theorie richtig, so müsste ja bei unserm Kranken, dessen Lähmung des Serratus ausser Zweifel ist, eine Skoliose entstanden sein. Und wirklich finden wir bei dem früher ganz geraden Mann in den spätern Monaten eine Verbiegung der Wirbelsäule. Jedoch die Verkrümmung hat gerade eine Richtung, der entgegengesetzt, welche sie nach Stromeyer's Annahme haben müsste. Die Convexität der Wirbelsäule ist der gelähmten Schulter zugekehrt. Da der Kranke nicht im Stande war, seinen Arm zu erheben, suchte er dies dadurch zu ersetzen, dass er den Oberkörper nach seiner gesunden Seite herüberbeugte, wodurch natürlich die Schulter erhoben wurde, etwas höher liegende Gegenstände leichter erreicht werden konnten. Man sah den Kranken anfangs immer unwillkürlich diese Stellung annehmen, in der er auch die Schwere des hängenden Armes leichter zu tragen im Stande war. Die Skoliose ward Folge der angewöhnten schiefen Stellung, eine Erfahrung welche wir oft machen, und in der Orthopädie zur Heilung der Skoliose benutzen. Ich glaube also, dass dieser eine Krankheitsfall beweisend dafür ist, dass die Paralyse des Serratus nicht Skoliose in der Weise bedingen kann, wie es seit Stromeyer allgemein angenommen worden ist; sowie, dass in den Fällen von Skoliose oder Hühnerbrust, wo die äussern Inspirationsmuskeln oder speciell die Serrati gelähmt sein sollen, Lähmung dieser letztern nicht besteht.

Die unzweifelhafte Ursache der Lähmung des Serratus bei unserm Kranken war eine Erkältung. Dieselbe Ursache finden wir in noch zweien der bekannten Fälle. In drei Fällen ist eine momentan einwirkende mechanische Schädlichkeit, vielleicht Contusion des Nerven, die Veranlassung der Krankheit, z. B. ein Fall auf die Seite, Quetschung zwischen zwei Wagenrädern. In einem hierher gehörigen von Nélaton erzählten Falle entstand Paralyse beider Serrati nebst allgemeiner Lähmung der Extremitäten, der Sphincteren u. s. w., offenbar durch Contusion des verlängerten Markes.

In einer grösseren Reihe von Fällen liegt ferner die Ursache in dem Geschäfte der Kranken, in einer Ueberanstrengung und immer monotonen Thätigkeit der Hebemuskeln des Armes, ohne die gehörige Ruhe dazwischen. So kam die Krankheit bei einem Seiler vor, der beständig mit über dem Kopf gehaltenen Armen arbeitete; bei einem Schlosser, nachdem er seinen gewöhnlichen Hammer mit einem andern, der um mehre Pfunde schwerer war, vertauscht hatte (*Jobert, Gaz. des hôp.* 1845. No. 135 und vom 2. Sept.). Alle fünf von Hecker beobachtete Kranke waren Landleute, drei Häufer und zwei Feldarbeiter; die Lähmung war um eine Zeit entstanden, wo sie beim Hecheln und Mähen beschäftigt waren, und immer war die rechte Seite die ergriffene. Seinem Erklärungsversuche möchte ich freilich nicht beistimmen, dass nämlich durch häufige und übermässige Contraction der den Arm nach hinten ziehenden Muskeln, diese ein Uebergewicht erhalten hätten über die den Arm nach vorn bewegenden, so dass der Antagonismus zwischen beiden gestört und die Krankheit entstanden sei.

In den übrigen Fällen ist, so viel ich weiss, die Lähmung ganz allmälig entstanden, ohne irgend nachweisbare Ursache. Die Kranken wurden erst durch zunehmende Schwäche im Arme auf ihre Krankheit aufmerksam. Einmal bemerkte zuerst der Schneider bei seinem sonst wohlgestalteten Kunden die Hervorragung des Schulterblattes.

Im Allgemeinen finden wir also hier besonders drei für die Entstehung aller Paralysen überhaupt bedeutungsvolle Momente wieder:

1) Der rheumatische Krankheitsprocess.
2) Aeussere Verletzungen.
3) Anhaltender Verbrauch und übermässiger Aufwand motorischer Kraft durch fortgesetzte, angestrengte Bewegungen und Stellungen. (Romberg, Lehrb. II. p. 27.)

Die Häufigkeit dieser letzten Ursache erklärt leicht, dass besonders junge, muskulöse Männer von der Krankheit befallen werden, und dass die gelähmte Seite vorzüglich die rechte ist. Dreimal betraf die Lähmung beide Seiten, nur einmal die linke allein.

In der Behandlung war nur Hecker glücklich. Sämmtliche Kranke genasen ihm wenigstens so weit, dass der Gebrauch ihres Armes nicht behindert war, wenn gleich die Scapula ihre ganz normale Lage nicht wieder einnahm. Und er erreichte seine Erfolge ohne eigentlich energische Mittel. Er hält es nur für nöthig, dass die Kranken einige Zeit ihre gewohnte Beschäftigung vermeiden, dass die Thätigkeit der den Arm rückwärts ziehenden Muskeln ruhe, dagegen die der geschwächten Serrati durch diätetisch gymnastische Uebungen und reizende Einreibungen gestärkt werde. Lassen sich schon von vornherein gegen die Möglichkeit einer so leichten Heilung der Krankheit Zweifel erheben, so bestätigen diese sowohl unsere Erfahrung, wie die der französischen Aerzte. Wir mussten unsern Kranken freilich gebessert, jedoch ungeheilt entlassen. Und ähnlich war der Erfolg bei allen in den Pariser Hospitälern behandelten Kranken. Die Lähmungen machen hier wie überall ihre Beharrlichkeit den angewandten Mitteln gegenüber geltend. Man wandte in Frankreich alle gegen Lähmungen gebräuchlichen inneren und äusseren Mittel an, bis zur Electropunctur, der Moxa, dem Glüheisen. Jedoch war nirgends der Erfolg ein günstiger, wo das Endresultat der Behandlung überhaupt mitgetheilt ist, was aber in den Berichten der *Gaz. des hôp.* gern vermieden wird. Nach den ersten Wochen der Behandlung trat gewöhnlich unbedeutende Besserung ein, dann aber blieb der Zustand stationär.

Uebersicht der in der stationären und in der ambulatorischen chirurgisch-augenärztlichen Klinik der K. Universität zu Bonn vom 1. Oct. 1847 bis Ende Sept. 1848 vorgekommenen Ereignisse.

Von

dem Director der Anstalt, Dr. C. W. Wutzer.

(Fortsetzung.)

Frau Catharina Müller aus Spich im Siegkreise, 25 Jahr alt, hatte drei Tage lang vergebene Anstrengungen im Gebären gemacht, als endlich ein Geburtshelfer hinzugezogen, und durch diesen das Kind mit der Zange zur Welt gefördert wurde. — Wahrscheinlich war durch den zu lange anhaltenden Druck des Kindskopfes Brand entstanden, denn einige Tage später floss der Urin unwillkührlich durch die Scheide ab. Im November 1847 ergab die zu Bonn vorgenommene Untersuchung in der zwischen Blase und Vagina liegenden Scheidewand

eine durchdringende runde Oeffnung, deren Umfang etwa einen starken Gänsekiel aufzunehmen vermochte; durch sie floss der Urin in jeder Stellung des Körpers aus. — Am ersten December fand die Operation Statt. In der oben bemerkten Bauchlage wurde ein dünnes Blatt der Schleimhaut der Umgebung, mit Hülfe eines kleinen scharfen Hakens und eines schmalen Scalpells, dergestalt abpräparirt, dass in der Querrichtung nach jeder Seite hin ein Zoll, in der Längenrichtung sogar anderthalb Zoll, wund wurden. Man hatte Sorge getragen, nur die äusserste Lamelle der Schleimhaut fortzunehmen, um jeden unnöthigen Substanzverlust zu vermeiden. Nachdem die Blutung durch Injection kalten Wassers gestillt worden, folgte die Einlegung von sechs geraden feinen Insektennadeln mittelst meines Nadelhalters, dessen Einrichtung mit einem Schraubengewinde mir für die Sicherung des Gelingens dieses Aktes wesentlich scheint. Sämmtliche Nadeln nahmen die quere Richtung ein; fünf derselben wurden ohne besondere Mühe eingeführt, die sechste und oberste traf aber auf ein eigenthümliches Hinderniss. Nahe an der Scheidenportion der Gebärmutter hatte sich nämlich in Folge der Narbenbildung nach der brandigen Abstossung eines Theiles der Blasenscheidenwand eine starke Falte in der Scheide erzeugt, die mit Hülfe eines kleinen scharfen Hakens zur Seite gezogen werden musste, um jener Nadel die richtige gerade Lagerung zu verschaffen. Um letztere jedoch mehr zu sichern, wurde noch eine Knopfnaht an der Scheidenportion selbst hinzugefügt. — Der Operation selbst folgte kein störendes Ereigniss. Am 6. December wurden die sechs Insektennadeln, drei Tage später die Knopfnaht herausgenommen. Der Heilzweck schien vollkommen erreicht. Erst am 23. December, nachdem die Frau schon seit einer Reihe von Tagen auf normalem Wege urinirt hatte, floss im Stehen wieder Urin durch die Scheide; im Liegen blieb sie trocken. — Am 17. März 1848 wurde die Operation wiederholt. Die Fistelöffnung zeigte jetzt 2‴ im Durchmesser; sie liess sich mit fünf geraden Insektennadeln viel leichter, als bei dem ersten Versuche, schliessen. Als die Nadeln am 21. März entfernt wurden, erschien die Schliessung der Fistel vollkommen gelungen. Am 30. März befand sich die junge rüstige Frau so wohl, dass ihr die Bitte nicht abgeschlagen werden konnte, in die freie Luft hinausgehen zu dürfen. Sie missbrauchte diese Erlaubniss dazu, den nahe gelegenen Kreuzberg zu ersteigen; zwölf Stunden nachher floss der Urin wieder unwillkührlich. — Bei der am 26. April unternommenen dritten Operation fand sich eine so haarfeine Oeffnung vor, dass selbst die feinste silberne Sonde nur mühsam hindurchdrang. Es wurden vier gerade Nadeln und zwei Knopfnähte angelegt; der Erfolg war indessen ungünstig. — Die hierdurch nicht zurückgeschreckte Frau unterwarf sich der Operation am 22. Juli zum vierten Male. Es wurden jetzt mit der umwundenen Naht sechs gerade Nadeln eingelegt. Die Frau verhielt sich exemplarisch ruhig, und hatte nun die Freude, vollständig und dauerhaft geheilt zu werden. Am 9. August wurde sie aus der Klinik entlassen, nachdem eine genaue, in Gegenwart sachkundiger Zeugen vorgenommene Untersuchung völlig festes Narbengewebe an der Stelle der ehemaligen Fistel gezeigt hatte. Im Sommer 1849 befand sie sich noch gesund und sah einer abermaligen Entbindung entgegen.

Nicht ohne Absicht ist hier ein Fall beschrieben worden, der widrige Wechselfälle mit sich führte. Die Dissertation von Dr. Jac. Schlegel macht dagegen aus dem Schuljahr 1846 und 1847 vier von dem Verfasser damals beobachtete, vollkommen geheilte Fälle von Blasenscheidenfistel bekannt, deren drei nur einer Operation bedurften. Ihre wirkliche Heilung wurde durch meinen verehrten Collegen, Herrn Geh.-Rath Kilian, durch Herrn Dr. B. Claus und andere Aerzte mehr constatirt. Die Geheilten wohnen nicht fern von Bonn und können leicht aufgefunden werden.

Amputatio penis.

Die Amputation des männlichen Gliedes wird von manchen Chirurgen wegen der sie begleitenden, allerdings stets ansehnlichen Blutung gefürchtet. Ruysch führte deshalb das Abbinden des Gliedes ein, welches Graefe erneuerte. In der neuesten Zeit hat ein ausgezeichneter Chirurg, Bonnet in Lyon, deshalb aus der Rüstkammer alter Instrumente und Verfahren sogar das glühend gemachte Messer wieder hervorgesucht; man traut seinen Augen kaum, wenn man sieht dass er 17 glühende Eisen brauchte, um ein Glied zu trennen (*Gazette des hôpitaux de Paris.* 1849. *No.* 18). — Die der Operation so häufig folgende Verengerung der vorderen Mündung der Harnröhre bildet einen zweiten verschiedenartiger Beurtheilung unterliegenden Gegenstand. Manche Chirurgen führen noch heute vor der Operation einen silbernen Katheter in die Blase, und lassen ihn nach derselben, zur grossen Plage des Verwundeten, liegen, damit jene Zusammenziehung vermieden werde, die, wenn das Instrument endlich fortgelassen werden muss, dennoch erfolgt. Ebenso verhält es sich mit dem in die Harnröhre einzulegenden soliden silbernen Stilet. Neuerdings empfahlen nun Sou-berbielle und Vollet, das vordere Ende der Harnröhre so lang zu erhalten, dass es vor der Schnittlinie hervorragt; eine solche hervorragende Mündung werde dann nicht mehr abnorm zusammengezogen. Letzterer Vorschlag ist noch zu wenig geprüft, als dass man über ihn mit Sicherheit abzuurtheilen vermöchte; jedenfalls liegt eine naturgemässere und leichter zu beschaffende Abhülfe näher.

Die von mir benutzte Methode ist schon in der Dissertation von Dr. Fr. Bausch, *de amputatione penis. Bonnae,* 1836, beschrieben worden. Das Glied wird hiernach mit vier oder fünf Messerzügen getrennt; nach jedem einzelnen Schnitte findet die Unterbindung der blutenden Arterien Statt, ehe man zum folgenden übergeht. Der letzte Rest der Integumente, an der unteren Fläche des schwammigen Körpers der Harnröhre, wird nicht eher durchschnitten, bis jede Blutung dauernd gestillt ist. Hierauf wird mittelst einer kleinen Hohlscheere ein ovales Stück der unteren Fläche der Harnröhre herausgeschnitten, indem man, von der kreisrunden vorderen Oeffnung derselben aus, zwei halbelliptische Schnitte führt, die sich ihre Concavitäten einander zuwenden. Der Längendurchmesser dieses Stückes muss 6 bis 8‴ betragen, indem man darauf rechnen darf, dass sich die künstlich geschaffene Oeffnung durch die Vernarbung späterhin wenigstens um die Hälfte, oft noch mehr, zusammenzieht. Durch letzteren Process erhält man endlich eine der normalen vorderen Mündung ähnliche Längenspalte, wie sie allein fähig ist, der nachfolgenden Strictur vorzubauen. — In der Nachbehandlung ist darauf zu achten, dass bei jedem Drange zum Harnen der Stumpf des Gliedes in ein mit Wasser zum Theil gefülltes Gefäss gesteckt werde, damit der hervordringende Urin sogleich dergestalt verdünnt wird, dass er die frische Wunde nicht nachtheilig reizt, — sodann, dass keine Eiterinfiltration zwischen den Integumenten und der fibrösen Scheide der schwammigen Körper erfolge, die ich früher bis tief in das Becken eindringen gesehen habe, wo man unaufmerksam hierauf gewesen war. Mit diesen Cautelen wurden im Jahre 184⁷/₈ folgende Operationen ausgeführt und durch sie Heilung erzielt:

1) Der 64 jährige Ackerer Dominicus Harmes, aus Wanken Kreises Geldern, wurde am 22. October 1847 wegen *Cancer apertus penis* aufgenommen, den man so weit nach hinten hatte fortschreiten lassen, dass der obere Theil der vordern Wand des Hodensacks von ihm ergriffen worden war. Leider fand man auch schon in der linken Leistengegend zwei, in der rechten eine Drüse skirrhös entartet. Am 27. October wurde die Operation mit der Exstirpation der entarteten Leistendrüsen beider Seiten begonnen, und nachdem diese glücklich vollendet worden, das Glied an seiner Wurzel, sammt dem geschwürigen Theile des Hodensacks zugleich, auf die oben bezeichnete Weise fortgenommen. Der eingreifenden Operation folgte nur ein geringes Wundfieber; auch blieben unangenehme Ereignisse jeder Art aus, so, dass der Operirte, nachdem die Wunden vollständig vernarbt waren und eine Fontanelle am Unterschenkel angebracht worden, am 10. December in die Heimath entlassen werden konnte.

2) Der 42jährige Ackerer Johann Lingenhof, aus Brilon, Regierungsbezirks Arnsberg, fand sich am 1. Februar 1848 mit weit nach hinten vorgeschrittenem Krebse des Gliedes ein. Am 3. Februar wurde letzteres nahe vor der Symphyse fortgenommen, wobei man neun Arterien unterbinden musste. Am 3. März war die Wunde vollständig geheilt und der Operirte begab sich in die Heimath.

3) Der 55jährige Fabrikarbeiter Daniel Bruckmann, aus Neuss, trat am 26. Juni 1848 mit *Cancer fungosus glandis et praeputii* in die Klinik ein. Der Kranke hatte Jahre lang an *Syphilis secundaria* laborirt; zugleich waren ihm *Condylomata acuta* durch oft wiederholte Aetzung fortgeschafft worden. An den so geätzten Theilen fand sich späterhin eine skirrhöse Induration ein, auf der sich zuletzt schwammige Wucherungen erhoben; ihre geschwürige Oberfläche sonderte unaufhörlich eine scharfe Jauche ab. Nach der Versicherung des Mannes war ausserdem die vordere Mündung der Harnröhre von frühester Jugend her zu eng gewesen, auch hatte er lange an einem schmerzlosen Tripper gelitten. Ein gewöhnlicher silberner Katheter liess sich deshalb nur schwer einbringen, fand jedoch im weiteren Verlaufe der Harnröhre kein Hinderniss. — Wir begannen die Kur am 28. Juni mit dem innern Gebrauche des ohne Merkur bereiteten Zittmann'schen Decocts, und liessen hierauf am 9. Juli die Operation folgen, die sich darauf beschränkte, die gesammte Vorhaut nebst dem entarteten Theile der Eichel fortzuschaffen, worauf die enge Mündung der Harnröhre auf die beschriebene Weise genügend erweitert wurde. Man hatte vorher Anästhesie durch Chloroform bewirkt; die Blutung war, wahrscheinlich in Folge dessen, heftiger als bei ähnlichen Operationen. Am 29. Juli war die Wunde vollständig vernarbt und der Mann verliess die Anstalt. Am 6. December 1848 kehrte er jedoch wieder zurück, um zu zeigen, dass der zurückgelassene Theil der Eichel jetzt ebenso entartet sei, als der im Juli fortgenommene. Die Erwartung, dass eine auf die Natur des Grundleidens berechnete innere Behandlung eine weiter ausgedehnte Verstümmelung abwenden dürfte, war also getäuscht worden. Am 7. De-

cember wurde somit die Amputation des vorderen Theiles des Gliedes, auf die gewohnte Weise ausgeführt. Die Wunde vernarbte, ohne Zwischenfall, bis zum 31. December vollständig. Laut einer von Bruckmann am 20. März 1849 eingegangenen brieflichen Nachricht befand er sich damals vollkommen wohl.

4) Der 43jährige Hr. F. aus N. war in Amsterdam geraume Zeit hindurch wegen allgemeiner Lues ärztlich behandelt worden. Gegen spitze Condylome der Eichel hatte er zugleich verschiedene scharfe Salben, die grossen Schmerz hervorriefen, lange gebraucht. Die Afterproducte waren jedoch hiernach nicht geschwunden, sondern hatten sich im Laufe eines Jahres, während welches der Kranke sich in der Heimath scheute, ärztliche Hülfe zu suchen, mehr und mehr ausgedehnt. Im September 1848 suchte er endlich zu Bonn Hülfe. — Man fand hier nicht blos die Vorhaut und Eichel in einen *Cancer fungosus* entartet, sondern in der linken Leistengegend auch bereits eine skirrhös verhärtete Drüse, von dem Umfange einer Wallnuss. Herr Dr. H. Schäffer nahm am 14. September die Operation nach meiner Methode so vor, dass zuerst der Skirrhus der Leiste, hierauf dann der entartete vordere Theil des Gliedes fortgenommen, und zuletzt die Harnröhrenmündung erweitert wurde. Die Vernarbung der Wunde schritt rasch vor. Nach der Entlassung in die Heimath brauchte er hier, zur mehreren Sicherung des Erfolges, noch das Zittmann'sche Decoct. Der günstige Erfolg wurde dadurch bewährt, dass Hr. F. sich im Juli 1849 persönlich, vollkommen gesund, wieder vorstellte.

Die im Laufe der Jahre bedeutend angewachsene Zahl von glücklichen Operationen dieser Art lässt das Urtheil begründet erscheinen, dass die durch ihre Einfachheit sich empfehlende Methode Nachahmung verdient. Auch sie ist freilich nicht im Stande gewesen, da Rückfälle zu verhüten, wo das resorbirte Krebsgift eine allgemeine Infection der Säftemasse herbeigeführt hatte. Wenn die vordere Harnröhrenmündung im letzten Operationsacte nicht hinlänglich erweitert worden war, ist auch einigemal zur noch genügenderen Erweiterung eine Nachoperation erforderlich gewesen. Unter allen so Behandelten ist indessen nur einer (im Jahre 1833) an den Folgen der Operation gestorben, indem eine Eitersenkung in die Tiefe des Beckens leider nicht früh genug erkannt worden war. Dagegen lebt noch ein jetzt 83 Jahre alter kräftiger Greis in Cochem an der Mosel, dem, als er 76 Jahre alt war, im September 1842, das cancröse Glied, sammt den entarteten Leistendrüsen der rechten Seite zugleich, in der Klinik fortgenommen worden ist, ohne dass sich irgend eine üble Folge aus der Operation ergeben hätte.

Lues gonorrhoica.

Die specifische Verschiedenheit zwischen *Lues syphilitica* und *gonorrhoica* hat sich in der chirurgischen Klinik zu Bonn stets nachweisen lassen, wenn nicht die hier und da vorkommende Complication beider eine solche Unterscheidung unmöglich machte. Vor neun Jahren ist aus den klinischen Unterhaltungen über diesen wichtigen Gegenstand eine Inaugural-Dissertation hervorgegangen (B. Brüning, *de differentia specifica inter luem gonorrhoicam et syphiliticam Diss. inaug. Bonnae*, 1840). Das Heilverfahren ist, mit augenscheinlich günstigem und andauerndem Erfolge, so geregelt worden, dass die gonorrhoischen Uebel, mit Einschluss der aus ihnen hervorgegangenen oberflächlichen Haut- und Schleimhaut-Geschwüre, so wie der breiten Condylome, durch vegetabilische Mittel, die syphilitischen dagegen durch metallische, in der Regel den Merkur, behandelt wurden. Bei beiden Formen wurde für eine streng antiphlogistische Diät, so wie für eine gleichmässig warme Lufttemperatur gesorgt. Der hartnäckige Streit, ob Syphilis mit oder ohne Merkur zu heilen sei, dürfte sich vollkommen sachgemäss durch die Annahme jener Maxime, die sich hier praktisch bewährt hat, ausgleichen lassen. Die ächte, ursprünglich exanthematische, Syphilis kann durch Entziehung, Ruhe, Salz-Laxanzen, schweisstreibende Vegetabilien, wohl zum augenblicklichen Verschwinden gebracht werden; sie kehrt aber jederzeit in den mannigfach veränderlichen Formen der secundären Lues, oft erst nach Jahren, wieder, wenn nicht eine sorgfältig geleitete Merkurialkur hinzukam, für die wir bis heute noch kein genügendes Aequivalent besitzen. Sie kann aber keine „sorgfältige" genannt werden, wenn man dem Kranken während des Merkurialgebrauches, in nordischem Klima, erlaubt auszugehen oder gar zu reisen, auch nicht den strengsten Einfluss auf Regelung der Diät ausübt. Aus den Unvorsichtigkeiten dieser Art ist der allgemeine Misskredit entstanden, in welchen die Merkurialkuren verfallen sind, und allerdings ist es sehr viel rathsamer, einen leichtsinnigen, die gewohnte Lebensweise beibehaltenden Syphilitischen palliativ mit Laxanzen oder Jod zu behandeln, als ihm durch Darreichung von Merkur bei unzweckmässigem Verhalten eine äusserst schwierig zu beseitigende Complication von Merkurialkrankheit und Syphilis zuzuziehen. Discussionen der Art eignen sich jedoch nicht für den hier kurz zugemessenen Raum; ein einzelner Fall allgemeinen gonorrhoischen Leidens mag für diesen genügen.

Die 21jährige Dienstmagd Catharine S. aus O., Kreises Neuwied, wurde am 13. August 1847 von ihrer Behörde der Klinik zugesendet. Sie litt damals bereits seit fast drei Monaten durch Infection an profusem Ausflusse eines grünlichgelben, zähen, scharfen Schleimes aus den Genitalien. Ihre *Labia majora* waren sehr angeschwollen, an der Oberfläche mit breiten, flachen, schmutzigrothen Geschwüren bedeckt, die auch den Eingang zur Scheide einnahmen. Der obere Theil der innern Oberfläche der Schenkel, der Damm nebst der Umgebung des Afters, die äussere Seitenfläche beider grossen Lefzen, mit Einschluss des *Mons Veneris*, zeigten zahlreiche *Condylomata lata*, deren einzelne den Umfang eines Fünfgroschenstücks hatten. Das Gehen war der Kranken äusserst beschwerlich und nur noch bei weit ausgespreizten Schenkeln möglich. Tiefe geschwürige Einrisse der Schleimhaut beider Mundwinkel, chronische Entzündung der Schleimhaut des Schlundkopfes und des Gaumensegels mit Schlingbeschwerden, liessen keinen Zweifel an der bereits Statt gehabten allgemeinen Infection der Säftemasse, durch Aufsaugung von den Genitalien aus, übrig. — Die Kur wurde mit allgemeinen Seifenbädern, mit täglich zweimal fortgesetzten Sitzbädern, Einspritzen einer Chlorkalkauflösung in die Scheide, Umschlägen aus concentrirtem Bleiwasser, eingeleitet. Der zweimalige innere Gebrauch des ohne Merkur bereiteten Zittmann'schen Decoctes folgte. An den hierdurch nicht in Anspruch genommenen Tagen wurde eine Abkochung von Guajak und Bardana häufig zum Getränk gereicht. Späterhin bedeckte man die breiten Condylome mit Charpie, die in reinen Bleiessig getaucht war; schärfere Aetzmittel waren nicht erforderlich. Die Nahrung verblieb während der ganzen Kur, ausser Milch, eine rein vegetabilische. — Der Erfolg war der erwünschte. Im October wurde die Geheilte in die Heimath entlassen und ist von Rückfällen frei geblieben.

Lipoma nuchae.

Die Operation einer Fettgeschwulst mag, wegen der bedenklichen Lagerung des Afterprodukts, hier noch kurz Erwähnung finden. — Die 16jährige Elisabeth Pfeiffer wurde der Klinik von der Gemeinde Linz am 16. December 1847 zur Heilung zugesendet. Das in der Entwicklung zurückgebliebene scrofulöse Mädchen zeigte eine erdfahle Färbung und den Ausdruck des Leidens im Gesichte; sie war von einem Parasiten heimgesucht, welcher die Nackengegend einnahm, indem er, oben vom linken Ohre und dem Hinterhauptshöcker anfangend nach unten bis zum Dornfortsatze des zweiten Rückenwirbels hinabstieg, und vom rechten Ohre nur $^3/_4$" entfernt blieb. Der Kopf wurde durch die enorme Masse so tief nach vorn und abwärts gebeugt, dass das Kinn beinahe das Brustbein berührte, eine aufrechte Stellung also nicht mehr möglich war. Die Beweglichkeit der elastisch weichen Masse ergab sich in der Tiefe höchst eingeschränkt; sie erstreckte sich also jedenfalls weit nach innen. Stechende oder brennende Schmerzen waren nicht vorhanden. Diagnose: Lipom.

Am 21. December wurde die Entfernung des Afterproducts mit einem T förmigen Hautschnitte begonnen. Die unförmliche Fettmasse zeigte Verzweigungen, die unter sämmtliche Nackenmuskeln bis zu den Halswirbeln und den Zwischenwirbelbändern eindrangen, so, dass sie von diesen und dem linken Zitzenfortsatze abpräparirt werden mussten. Um dies ausführen zu können, musste ein Theil der an der obern *Linea semicircularis* des Hinterhauptsbeines festsitzenden Muskulatur gelöst werden. Ausser der nicht zu vermeidenden Durchschneidung der linken Hinterhauptsarterie trat indessen kein wesentliches Hinderniss während der Operation ein; die Blutung wurde durch Unterbindung rasch gestillt, und das schwächliche Mädchen war nach Beendigung des schwierigen Unternehmens viel weniger angegriffen, als man es hatte erwarten müssen. Acht Knopfnähte vereinigten die weit klaffenden Wundlefzen; nur im untern Winkel des Vertikalschnittes blieb ein ansehnlicher Charpiebausch liegen, um den freien Abfluss des Eiters zu sichern. — Die Heilung schritt so schnell vor, dass der Querschnitt schon am 1. Januar, grösstentheils durch schnelle Vereinigung, zugeheilt war. Die vollständige Vernarbung war jedoch, bei mässiger Eiterung, erst Anfang Februars vollendet, so, dass die von dem hässlichen Auswuchse Befreite am 10. Februar in die Heimath geschickt werden konnte. Im Herbst 1849 diente sie, völlig gesund und kräftiger aufgeblüht, in Bonn.

Chirurgische Klinik zu Erlangen.

Von

Dr. Cnopf.

Ein Fall von *Cynanche sublingualis rheumatico-typhoides*, tödtlich endend durch Jauchresorption.

In dem medicinischen Correspondenzblatt des würtembergischen ärztlichen Vereins wurde im Jahrgang 1836 No. 4. vom Herrn Leib-

medicus Dr. v. Ludwig auf eine besondere Art von Halsentzündung aufmerksam gemacht, worauf dann in kurzer Zeit Mittheilungen und Beobachtungen von anderen würtembergischen Aerzten folgten, in denen theils das Wesen der Krankheit zu erforschen, theils ihre Aehnlichkeit mit anderen Krankheiten nachzuweisen gesucht, von allen aber der von Dr. v. Ludwig als charakteristisch bezeichnete Symptomencomplex bestätigt wird. Bei dem damaligen Stande der Medicin wurde Manches an der Leiche nicht berücksichtigt, was nach dem gegenwärtigen Standpunkt der pathologischen Anatomie von der grössten Wichtigkeit ist, dagegen auf manche Symptome, die weder auf anatomischer noch physiologischer Basis ruhten, ein besonderer Werth gelegt.

Es würde mich deshalb um so mehr freuen, wenn es mir durch Mittheilung eines Falles, der in jüngster Zeit in hiesiger Klinik vorkam, gelingen sollte, die Aufmerksamkeit der Aerzte auf diese Krankheit wieder zu erregen und auf einen Punkt hinzuweisen, der über den Verlauf und Ausgang dieser Krankheit manchen Aufschluss gewähren möchte. Für die Krankheit, welche mit dem Namen der brandigen Entzündung des äusseren Halszellgewebes, der *Cynanche sublingualis rheumatico-typhoides*, belegt wurde, gelten auch heut zu Tage folgende von Dr. v. Ludwig als solche bezeichnete Symptome für charakteristisch.

1) Die geringe Entzündung im Schlund, welche bisweilen nach den ersten Tagen ganz aufhört, und wo sie fortdauert, mehr als peripherische und symptomatische Affection zu bestehen scheint. 2) Die eigene, so zu sagen hölzerne Härte, welche keinen Eindruck annimmt. 3) Die harte Geschwulst unter der Zunge. 4) Das gleichmässige Fortschreiten dieser Geschwulst, wenn sie bei ihrem Beginn beobachtet wird, in der Art, dass steinharter Rand der Geschwulst von noch ganz freiem Zellgewebe begrenzt wird. 5) Die geringe Affection oder gänzliche Freiheit der Drüsen.

In einigen Fällen geht die Krankheit entweder durch Zertheilung oder durch gutartige Eiterung in Genesung über, in anderen aber bricht die Geschwulst nach aussen oder gegen die Mundhöhle hin auf und ergiesst schlecht beschaffenen Eiter nach aussen, worauf sich bald secundäres Fieber, und später unter Delirien, asthmatischen Erscheinungen, Coma, der Tod einstellt.

Im Ganzen stimmen die Erscheinungen, wie sie an vorliegendem Falle zu beobachten waren, mit dieser Schilderung überein. Ihr Verlauf war folgender: J. H., 40 Jahr alt, ein Bauerknecht von robuster, kräftiger Constitution, der von Jugend auf sich der ungestörtesten Gesundheit erfreute, bekam vor drei Jahren am linken Zungenrande in Folge scharfer Zahnränder mehrere Geschwürchen, die trotz verschiedener wundärztlicher Behandlung immer schlimmer wurden. Bei seinem Erscheinen in hiesiger Klinik am 12. April war die ganze linke Zungenhälfte indurirt, der Rand derselben von mehreren kleineren und an der Zungenwurzel von einem grösseren Geschwür, dessen Ränder umgeworfen, zerrissen, dessen Grund speckig, unrein war, ergriffen. Der Boden der Mundhöhle, wie auch die benachbarten Drüsen, waren gesund. Ausserdem klagte der Kranke über lancinirende Schmerzen, die sich von der Zunge gegen das linke Ohr hin zogen, und über häufiges Bedürfniss Speichel auszuwerfen. Der Appetit war gut, täglicher Stuhlgang vorhanden, der Schlaf, in so fern er nicht durch die Schmerzen unterbrochen wurde, ungestört.

Am folgenden Tage wurde der Kranke durch eine Operation von seinem Leiden befreit. Den mikroskopischen Untersuchungen zufolge musste das Uebel für Krebs, und zwar für Epithelialkrebs erklärt werden. Nach der Operation fühlte sich der Patient, wenn auch etwas angegriffen, so doch erleichtert, die lancinirenden Schmerzen waren verschwunden, dagegen klagte er nun über Brennen in der Wunde und ziehende Schmerzen im Halse, die sich jedoch auf Druck nicht vermehrten. Fieber war keines vorhanden, dagegen wurden die Nächte stets schlaflos zugebracht. Man konnte immerhin diese Symptome auf Rechnung des traumatischen Eingriffes bringen und sich mit der Erwartung tragen, dass sie mit fortschreitender Heilung bald verschwinden würden, zumal da die Wunde im Munde ein beständig gutes Aussehen hatte und rasche Fortschritte in der Heilung machte.

In oben geschilderter Weise blieb das Befinden des Kranken unverändert, so dass man schon an dessen Entlassung dachte, als sich drei Tage nach der Operation am 16. April ohne besondere Veranlassung die Halsschmerzen vermehrten. Es zeigte sich dabei hinter dem linken Unterkieferwinkel die Haut etwas gerüthet, und in der Tiefe fühlte man eine Härte, wie sie wohl durch eine indurirte Drüse erzeugt wird. Der Puls war ruhig, der Appetit gut, der Durst mässig.

Am folgenden Tage, dem vierten nach der Operation, zeigte sich Röthe und Geschwulst an beiden Tonsillen, hauptsächlich aber an der linken, verbunden mit Schlingbeschwerden und Schwerbeweglichkeit des Halses. Dabei war eine allgemeine Abgeschlagenheit des Kranken mit Eingenommensein und Schmerzhaftigkeit des Kopfes auffallend. Es wurden Blutegel an die Geschwulst gesetzt und ein Gargarisma verordnet. Trotz der auch noch in den folgenden Tagen fortgesetzten Antiphlogose verschlimmerte sich nur das Leiden des Patienten. Denn wenn auch die Anschwellung der Tonsillen und die mit ihr verbundene lästige Schleimabsonderung im Munde sich minderte, so breitete sich doch die Geschwulst im Halse immer weiter aus. Anfangs nur von Taubeneigrösse zwischen dem linken Unterkieferwinkel und dem inneren Rand des *sternocleido-mastoideus*, hatte sie bald die Grösse eines Hühnereies, erstreckte sich dabei aber mehr nach rückwärts gegen den *Musculus cucullaris*. Am zehnten Tage nach der Operation zeigte sich weiter nach abwärts am inneren Rande des *sternocleido-mastoideus* eine zweite Geschwulst. Beide waren nicht sowohl unter einander, als gegen das benachbarte Gewebe hin durch einen harten Rand geschieden. Sie fühlten sich sehr hart an und waren nicht besonders schmerzhaft. Die darüber liegende Haut war gerüthet, jedoch nicht heiss. Mit dem Schwinden des Appetits steigerte sich der Durst. Gegen Abend trat nun ein leichtes Fieber ein; der Stuhl war beständig angehalten, der Urin roth, sedimentös. Die Behandlung beschränkte sich auch jetzt noch auf Blutentziehungen und Ableitungsmittel, da innerlich wegen der noch vorhandenen Zungenwunde Medicamente nicht gern in Anwendung gebracht wurden.

Am 25. April, dem zwölften Tag nach der Operation, bekam der Patient ohne vorausgegangene merkliche Verschlimmerung plötzlich einen heftigen Schüttelfrost mit darauf folgender Hitze und profusem Schweiss. Der Kranke fühlte sich darnach sehr ermattet, wobei eine leichte icterische Färbung der *conjunctiva bulbi* nicht zu verkennen war. Nach dem Anfall wurde ein Brechmittel verordnet, worauf der Kranke mehrere Male theils schleimige, theils galligte Massen erbrach. Ausserdem wurde später eine Incision gemacht und nachher cataplasmirt.

Die folgende Nacht verlief wider Erwarten gut. Den folgenden Tag breitete sich die icterische Färbung über das ganze Gesicht aus, wozu ein kurzer trockener Husten kam, ohne dass man durch die physikalische Exploration ein Lungenleiden erkennen konnte. Am 27. April zeigte sich an einer Stelle weiter nach abwärts eine deutlich fluctuirende Stelle, wobei man jedoch mit dem Finger ein Knistern fühlte, ähnlich wie bei Druck auf eine emphysematöse Lunge. Da es nicht möglich war, den Eiter nach der schon gemachten Oeffnung zu drängen, wurde hier eine zweite Incision gemacht, worauf sich mehrere Unzen Eiters entleerten. Der Eiter war dicklich, von gelblicher Farbe, hatte aber einen penetranten Geruch, und färbte Stahl und Silber schwarz. Der Eiter floss aus der gemachten Oeffnung nicht in einem Strome, wie dies geschieht, wenn er in einer Höhle eingeschlossen ist, sondern nur allmälig, wobei immer etwas Luft in Bläschen mit herauskam. Eben so wenig konnte die Sonde frei, wie in einer Abscesshöhle herumbewegt werden. Trotz fleissigen Ausdrückens der Geschwulst und bedeutender Eiterentleerung war weder ein Einsinken der Geschwulst zu erzielen, noch eine Weiterausbreitung derselben, die nun beinahe die Clavicula erreicht hatte, zu verhindern. Die heftigsten Schmerzen quälten den Kranken Tag und Nacht, der Puls war beständig voll, frequent, mit abendlicher Exacerbation. Die icterische Färbung verbreitete sich bald über den Hals, später über Brust und Unterleib, zuletzt über die unteren Extremitäten. Die Beweglichkeit des Halses war fast gänzlich aufgehoben, jedoch Athemholen und Sprache wenig gehindert. Die Kräfte des Kranken schwanden täglich mehr, trotz kräftiger Speisen, die ihm gereicht wurden.

Am 1. Mai wurde nun die Haut längs dem inneren Rande des *M. sternocleido-mastoideus* gespalten. Sie war wie angenagt, das Unterhautzellgewebe von Eiter infiltrirt, nekrotisch und maschenförmig zwischen Haut und Fascia ausgebreitet. Um dem Eiter gehörigen Ausfluss zu verschaffen, wurde noch der *M. platysmamioides* und die Fascia unter demselben durchschnitten, und so weit als möglich alles nekrotische Zellgewebe bis tief in die Muskelinterstitien abpräparirt. Auffallend war noch dabei, dass nach dem Einschnitt eine nicht unbedeutende Blutung eintrat, die nur durch die Torsion der einzelnen Gefässe gestillt werden konnte. Das Blut, das sich dabei ergoss, hatte eine braunrothe Farbe und wenig Neigung zu gerinnen.

In der Nacht vom 1. auf den 2. Mai delirirte der Kranke. Am folgenden Tage stellten sich häufige Durchfälle ein, die gegen Abend unfreiwillig abgingen. Der aus der Wunde secernirte Eiter wurde jauchig, höchst übelriechend. Der Hals war noch wie früher schwer beweglich, schmerzhaft, besonders bei der geringsten Lagenveränderung, die Sprache wenig verändert. In der folgenden Nacht kehrten die Delirien in verstärktem Maasse zurück, worauf denn am Morgen der Tod folgte.

Nach 36 Stunden wurde die Section vorgenommen, die Folgendes ergab. Auf der linken Seite des Halses waren zu Lebzeiten durch die Incision folgende Schichten getrennt. Die Haut, das Unterhautzellgewebe, der *M. platysmamyoides*, die darunter liegende Fascia, das Zellgewebe zwischen *sternocleido-mastoideus* und *sternothyreoideus*. Nach Durchschneidung des *sternocleido-mastoideus* war das Zellgewebe zwischen

ihm und dem *scalenus anticus* stark mit Eiter infiltrirt. Das Zellgewebe zwischen dem *M. digastricus maxillae inferioris* und den tiefer liegenden Zungenmuskeln war vollkommen losgestossen, so dass letzterer frei präparirt dalag. In den oberflächlichen Schichten hatte der Eiter mehr eine jauchige Beschaffenheit, in den tieferen war er dicker, von gelblicher Farbe. In den verschiedenen Muskelinterstitien erstreckte sich die Eiterinfiltration bis an den *processus mastoideus* und die *basis cranii*. Die Muskeln waren, so weit sie mit dem Eiter am stärksten in Berührung gestanden hatten, dunkelbraun gefärbt, missfarbig; im Uebrigen gesund. Die linke Tonsille war gesund, nicht mehr entzündet und angeschwollen, eben so die Unterkieferdrüse; nur die Parotis war an ihrem unteren Ende, wo sie mit dem Eiter in Berührung stand, nekrotisch. Der Unterkiefer, wie alle knöchernen Theile in der Nähe waren ganz gesund. Die Carotis war blutleer, von verdicktem Zellgewebe umgeben; in dem oberen Drittheil war die innere Wand mit einer graulich weissen leicht abschabbaren Schicht bedeckt. Die *Vena jugularis interna* war in ihrem ganzen Verlauf von verdicktem Zellgewebe umgeben; in ihrem oberen Drittheil war sie theils stark geröthet, theils missfarbig, schmierige Coagula enthaltend. Die Lungen waren in den Spitzen ödematös, die Interstitien der *lobuli* mit grünlicher, gallertartiger Flüssigkeit erfüllt. In der hinteren und unteren Partie war lobuläre Pneumonie, verbunden mit vielen kleinen hirse- und erbsengrossen Abscessen. Das Herz war gesund, die Leber fettreich, die Milz sarcomatös, Darmkanal und Gehirn normal.

Die Resultate, welche frühere Beobachter aus den Sectionen gewonnen haben, stimmen so ziemlich hiermit überein, nur war eben die Deutung derselben eine andere. Ludwig's Sectionen beschränkten sich nur auf die Halsgegend, dagegen fand Dr. Schmetzer *) in einem Falle schmierige Coagula in den Gefässen, die linke Lunge infiltirt mit einer schmutzig serösen Flüssigkeit, der Luft unzugänglich, in der Unterleibshöhle mehrere Unzen schmutzig röthlicher Flüssigkeit, und Prof. Dr. Heyfelder **) berichtet von einem anderen Falle, in dem er an der Leiche die hintere Partie der Lunge mit Geschwüren, die Eiter und Jauche enthielten, bedeckt fand.

Als Ursache der Krankheit wird von den meisten Beobachtern eine Erkältung nach vorausgegangenen gastrischen Störungen angegeben. Wenn nun gleich in obigem Falle ein traumatischer Eingriff stattgefunden hatte, so kann doch nicht geradezu in Abrede gestellt werden, dass eine Verkältung nicht mit im Spiele gewesen sei, wofür vielmehr das zu sprechen scheint, dass die Zungenwunde bis an das lethale Ende ein gutes Aussehen behielt, was gewiss nicht der Fall gewesen wäre, wenn die Entzündung von der Zungenwunde aus sich auf das interstitielle Zellgewebe des Halses ausgebreitet hätte und schliesslich in Verjauchung übergegangen wäre.

Den Krankheitsprocess konnten sich die früheren Beobachter, bei der damaligen Unkenntniss einer *Resorptio purulenta*, nur unter Mitwirkung von dyskrasischen oder miasmatischen Momenten erklären. Heut zu Tage sind diese Hülfsmittel nicht mehr nothwendig. Der Process war wahrscheinlich folgender: In Folge des traumatischen Eingriffes war die Mundhöhle sammt den in ihr enthaltenen Theilen ein *pars minoris resistentiae* geworden, d. h. ihre Reizempfänglichkeit war erhöht; es bedurfte demnach nur einer geringfügigen Veranlassung, die der Empfindung des Kranken selbst entgehen konnte, zur Entstehung einer örtlichen Entzündung. So entwickelte sich eine *Angina tonsillaris*. Unter solchen Verhältnissen liegt die Annahme einer von hier aus stattfindenden Weiterausbreitung der Entzündung auf das zunächstliegende Zellgewebe nicht fern. Die Entzündung aber in einem so tiefliegenden und von Fascienschichten so eingeschlossenen Zellgewebe kann leicht den Ausgang in Brand und Jauchebildung nehmen. Ist dies aber geschehen, so findet dann sehr häufig, weil die Venen in das Zellgewebe eingebettet und nun von der Jauche umspült werden, eine Resorption derselben statt. Ich suche demnach nur in den örtlichen Verhältnissen den Verlauf und Ausgang dieser Krankheit, sehe aber wohl ein, dass man in der Erklärung gerade umgekehrt verfahren könnte, indem man eine Blutentmischung, z. B. eine typhöse, als das Primäre annähme, die dann erst secundär den Uebergang der Entzündung in Jauchebildung veranlasst hätte. Gegen diese Annahme sprechen jedoch einige Thatsachen.

Erstens ist es kaum glaublich, dass ein solcher Process in dem Körper latent geblieben wäre, ohne irgend welche Reaction hervorzurufen. Das Allgemeinbefinden des Kranken war vor der Operation gar nicht, nach derselben bis zum Eintritt der Schüttelfröste nur so viel gestört, als es die örtliche Affection mit sich bringen musste. Ferner spricht für die örtliche Einwirkung der Jauche mit nachfolgender Erkrankung der Gefässe und Infection der ganzen Blutmasse der Umstand, dass die Carotis und die *Vena jugularis interna* auf gleicher Höhe sich verändert zeigten. Es musste also auf beide an dieser Stelle eine Ursache gemeinschaftlich eingewirkt haben, was wohl am wahrscheinlichsten die Jauche war.

An einzelne Erscheinungen sich zu klammern und in ihnen etwas Specifisches zu suchen, findet wohl gegenwärtig weniger mehr Anklang. Wenn z. B. Ludwig gerade in dem harten Rand solcher Geschwülste etwas Eigenthümliches zu sehen glaubt, so wird es kaum nothwendig sein, an den harten Rand, der bei dem Cephalämatom zu einer irrigen Diagnose verleitet, zu erinnern, um zu zeigen, dass diese Erscheinung nichts Charakteristisches hat.

Weiteren Beobachtungen am Krankenbette und an der Leiche muss ich es übrigens anheimgeben zu bestätigen, ob die von mir ausgesprochenen Ansichten über den öfter bei *Cynanche sublingualis* erfolgenden tödtlichen Ausgang die richtigen sind oder nicht.

*) Medicinisches Correspondenzblatt des würtembergischen ärztlichen Vereins Bd. VI. No. 18.

**) S. dessen Studien Bd. I. Abhandlung XIV.

Chirurgische Klinik zu Greifswald.

Von

Professor Bardeleben.

In den ersten drei Wochen des Semesters wurden von Professor Bardeleben folgende grössere Operationen in seiner Klinik verrichtet:

1) Amputation des vierten Fingers im unteren Drittheil des Metatarsalknochens bei einer alten Frau, wegen eines von der ersten Phalanx ausgehenden Enchondroms. Der Fall ist von besonderem Interesse, weil in der Geschwulst neben unzweifelhafter Knorpelsubstanz, die in der Tiefe von dem Knochen aus aufgewuchert war, in der Peripherie entschiedenes Krebsgewebe in grosser Masse bestand, zwischen welches hie und da wieder Knorpel- und Knochenstückchen eingesprengt waren, so dass die von Virchow (in seinem Archiv Bd. I. p. 107 u. Bd. III. p. 197) entwickelte Ansicht über Krebs- und Enchondromzellen auf's Entschiedenste ihre Bestätigung fand. (Wird näher beschrieben werden.) Geheilt entlassen.

2) Durchschneidung der Achillessehne und der *Aponeurosis plantaris* bei einem $3^1/_2$jährigen Mädchen wegen eines seit zwei Jahren bestehenden paralytischen *Pes varus* dritten Grades. Ist bereits geheilt entlassen.

3) Ausschneidung einer anderweitig bereits mit Aetzmitteln ohne Erfolg behandelten Teleangiectasie von der Grösse eines Thalers auf der Wange eines 8 Monat alten Mädchens. Die sehr bedeutende Blutung wurde durch schnelles Anlegen der umschlungenen Naht gestillt. Geheilt entlassen.

4) Durchschneidung des *M. ocul. rectus intern.* wegen Strabismus des linken Auges bei einem hysterischen Mädchen. Das Auge, welches ursprünglich stark nach innen und etwas nach oben stand, ist jetzt, nachdem die Operationswunde ganz geheilt, stark nach oben und etwas nach innen gerichtet. Es soll demnächst der *rect. superior* durchschnitten werden.

5) Trepanation einer über $^1/_2$ Zoll dicken Knochenlade im unteren Drittheil des rechten Oberschenkels eines jungen Mannes, um einem Sequester, dessen Spitze in einer Kloake deutlich beweglich gefühlt wurde, den Austritt zu verschaffen. Da das untere Ende desselben noch nicht ganz lose ist, so wird die Austreibung vor der Hand der Natur überlassen; er ist bereits in die erweiterte Oeffnung ganz eingetreten; die Anschwellung des Schenkels und die heftigen Schmerzen, welche zur Operation aufforderten, haben nachgelassen. Ueble Zufälle sind (bis zum 15. Tage) nicht eingetreten.

6) Amputation im oberen Drittheil des Mittelhandknochens des dritten Fingers wegen brandiger Verjauchung der Weichtheile desselben und cariöser Zerstörung in der *articulat. metacarpo-phalangea*, in Folge einer lange vernachlässigten acuten *Periostitis traumatica*. Die Operation (Ovalairschnitt unter Erhaltung der noch gesunden Haut des Handtellers) war mit Hülfe der Kettensäge leicht auszuführen. Nur die *Art. digit. radial.* des dritten Fingers erheischte die Unterbindung.

7) Exarticulation des Hallux in der *articulat. tarso-metatarsea* nach Scoutetten, wegen nekrotischer Zerstörung des Mittelfussknochens und ankylotischer Schiefstellung der grossen Zehe nach aussen und oben, wodurch der Gebrauch des Fusses unmöglich war. Gedachte Schiefstellung der Zehe, die Auftreibung des *os metatarsi* und eine alte Geschwürsnarbe gerade in der Hautbrücke zwischen erster und zweiter Zehe machten die Operation etwas schwieriger. Ausser einigen kleineren Aesten (*Art. digit. plantar. hallucis* etc.) musste die *Art. plantar. externa* in der Tiefe der Fusssohle neben der *basis. oss. metat. secund.* unterbunden werden; von den Aesten des Fussrückens spritzte keiner.

Aus der chirurgischen Klinik des Geh. Medicinal-Raths Professor Dr. Jüngken zu Berlin.

Von

Dr. Arzt, Stabsarzt.

Beise, 46 Jahr alt, ein kräftiger, muskulöser Mann, sollte im Monat August von seinen Kameraden in's Wasser geworfen werden. Bei dieser Gelegenheit suchte er zu entfliehen, sprang über einen Zaun, hielt sich mit der linken Hand an demselben fest, und fiel, nachdem er eine Anzahl von Schlägen auf den Arm erhalten hatte, mit der linken Schulter und der seitlichen Brustfläche gegen einen Balken. Bei seiner mehrere Tage nach geschehenem Unglück stattgefundenen Aufnahme in die Charité (den 26. August) fand man ausser der Verrenkung des linken Oberarmes noch eine bedeutende blaugefärbte Geschwulst, die nicht bloss das Schultergelenk umgab, sondern auch bis zur Mitte des Vorderarmes herabreichte, und welche man für ein Blutextravasat halten musste. Der Oberarmkopf selbst stand unter dem *Musculus pectoralis* auf den Rippen. Nach Anwendung von die Resorption befördernden Mitteln war die Geschwulst mit allen übrigen auf die Verletzung eingetretenen Erscheinungen so weit gewichen, dass am 10. Sept. zur Reposition geschritten wurde, die nach vieler Mühe unter Anwendung des Chloroforms gelang. Doch bald nach geschehener Einrenkung trat die Geschwulst von Neuem auf und konnte durch die angewandten Mittel nur wenig verringert werden. So verstrichen mehrere Wochen, bis sich nach und nach heftige Schmerzen, zumal des Nachts, einstellten, die den Kranken sehr quälten und ihm schlaflose Nächte bereiteten.

Als der Kranke am 28. November in der Klinik des Herrn Geh. Rath Dr. Jüngken vorgestellt wurde, sah man eine starke Geschwulst, die namentlich die ganze Achselhöhle ausfüllte und unter derselben am Brustkasten herabstieg, nach vorn und hinten sich gleichmässig an demselben ausbreitend. Die Geschwulst war elastisch, zeigte geringe Spuren von Fluctuation, und war an einzelnen Stellen in hohem Grade schmerzhaft. Weder durch das Gefühl noch mittelst des Stethoskops liess sich ein Geräusch in derselben wahrnehmen. Die sie bedeckende Haut war normal, an einzelnen Stellen verdünnt; erweiterte Venen waren nicht sichtbar. Es musste natürlich die Frage aufgeworfen werden, welcher Natur die Geschwulst sei? Herr Jüngken erklärte, dass drei Fälle möglich seien: entweder man habe es mit einem Blutextravasat, oder mit einem Abscess, oder endlich mit einem Parasiten zu thun. Gegen einen Abscess sprach vor Allem der Mangel an Entzündung in der äusseren Haut, der langsame Verlauf und die sehr geringe Fluctuation. Man konnte also nur zwischen den beiden anderen Fällen schwanken. Gegen einen Parasiten liess sich der Umstand geltend machen, dass eine grössere Entwickelung der Hautvenen ganz fehlte, und dass bei dem grossen Umfange, welchen der Parasit erreicht hätte, die Haut bereits stärker gespannt, geröthet und gereizt sein würde. Aber an eine Entfernung und Heilung eines Parasiten von solchem Umfange würde nicht mehr zu denken, und daher allenfalls eine kleine Incision in die Geschwulst wohl zu entschuldigen sein.

Am meisten sprachen alle Erscheinungen für das Bestehen eines grossen, veralteten Blutextravasats, und dies bestimmte Hrn. Jüngken, die Geschwulst zu eröffnen und bei der Grösse und dem Umfange derselben nicht den Aufbruch abzuwarten, der nothwendig eine in mannigfacher Rücksicht gefahrvolle Verjauchung herbeiführen würde.

Da, wie bereits erwähnt, die Haut an einzelnen Stellen sehr dünn war, so konnte eine Incision um so dreister gemacht werden, als jene Stellen nach vorn in der Gegend des unteren Randes der Insertion des *Pectoralis major* an die Rippen, nach hinten unter dem unteren Winkel der Scapula, mithin so lagen, dass sie keine anatomischen Bedenken erwecken konnten.

Aus diesen Gründen wurde zur Exploration an der genannten vorderen Stelle ein kleiner Einschnitt gemacht und dieser nach unten erweitert, aus dem sofort eine grosse Masse geronnenes Blut theils durch Druck auf die Geschwulst entleert wurde, theils mit den Fingern aus der Wunde entfernt ward. Kaum aber war dies geschehen, als auch ein Strom hellrothen Blutes aus der Tiefe der Geschwulst hervorstürzte. Sofort schritt Herr Jüngken zur Unterbindung der *art. subclavia* unterhalb des Schlüsselbeins; allein alle anatomische Verhältnisse fanden sich in einem solchen Grade verändert, dass ein Auffinden der Arterie eine Unmöglichkeit war. Zu gleicher Zeit fanden sich auch bei der Untersuchung der inneren Theile der Geschwulst, deren Grösse die eines Kindeskopfs bei weitem überschritt, verschiedene grössere und kleinere Knochensplitter und grosse Massen von einem fibrinösen Gewebe, welches zum Theil die Geschwulst ausfüllte. Dazu kam, dass sich am oberen Theile des Humerus selbst bedeutende Rauheiten fühlen liessen.

Wäre man daher auch so glücklich gewesen, die *art. subclavia* aufzufinden, so musste doch der Nutzen ihrer Unterbindung sehr in Frage gestellt bleiben, weil die unausbleibliche profuse Eiterung aus einer solchen und so grossen Höhle zumal bei der krankhaften Beschaffenheit der, das Gelenk bildenden Knochen, das Leben des Kranken ernstlicher bedroht hätte, als das unter den obwaltenden Umständen zu seiner Rettung allein übrig bleibende Mittel: die *Exarticulatio humeri*; weshalb dieselbe sofort von Hrn. Jüngken ausgeführt ward.

Nach Entfernung des Arms, die in sofern Schwierigkeiten darbot, als feste Verwachsungen zwischen dem Rande der Gelenkpfanne und dem Kopfe des Oberarms vorhanden waren, fand man ein losgetrenntes Knochenstück theils mit dem *Plexus brachialis*, theils mit der *Arteria axillaris* fest verwachsen und letztere an dieser Stelle von der scharfen Spitze desselben angestochen; ebenso die *Pars acromialis* des Schlüsselbeins und einen Theil des Acromion von rauher unebener Beschaffenheit, welche auf Splitterung dieser Knochenpartieen deutete.

Die Exarticulation musste durch Bildung eines grossen Lappens aus der äusseren Seite der Schulter und des Oberarms in den der Deltoideus gefasst war, gemacht werden, weil unter der Achsel die grosse Bluthöhle lag und die Haut von keiner so befriedigenden Beschaffenheit war, um zur Bedeckung der Gelenkhöhle verwendet zu werden. Die Wandungen der Wundfläche, zum Theil aus den Wandungen der früheren Bluthöhle bestehend, waren mit vielen veralteten Blutgerinseln und faden- und bandförmigen fibrinösen Ablagerungen bedeckt, welche sich nicht vollständig entfernen liessen. Grössere Knochenmassen wurden nachträglich so viel als möglich exstirpirt.

Der Blutgefässe durften nur wenige unterbunden werden. Vorzüglich die *Art. brachialis* und die *axillaris*, letztere doppelt an der Stelle, wo sich die Verletzung durch das Knochenstück fand, aus der der grosse Bluterguss entstanden war.

Die Incision unter der Clavicula zur Aufsuchung der *Art. subclavia*, so wie die beiden Seitenschnitte, durch welche der grosse Lappen gebildet, wurden sorgfältig durch blutige Hefte vereinigt. Die grosse Höhle unter dem Lappen ward locker mit Charpie ausgefüllt, die untere Querwunde, durch gegengelegte Plumaceaux offen erhalten und ein entsprechender Pflasterverband angelegt. Der Kranke mochte durch die Blutung theils vor, theils während der Operation, obschon man die *Arteria subclavia* über der Clavicula sorgfältig zu comprimiren bemüht war, dennoch im Ganzen 2 Pfd. Blut verloren haben. Die Nachbehandlung bestand im Wesentlichen in der Anwendung des antiphlogistischen Heilapparates. Bereits am vierten Tage nach der Operation konnten die sämmtlichen blutigen Hefte ausgenommen werden. Am sechsten Tage zeigten sich sämmtliche vereinigte Wunden festgeschlossen, grösstentheils vernarbt. Die grosse Höhle unter der Achsel hatte sich durch Zusammenziehung der Wandungen bis auf ein Drittel verkleinert, der Eiterungsprocess war überall befriedigend eingetreten, die Charpie ausgesondert und die Wundfläche beginnt sich bereits mit Granulationen zu bedecken. Das allgemeine Befinden des Patienten, der grossen Appetit hat, ist zur Zeit in jedem Betrachte befriedigend und lässt eine glückliche Heilung hoffen.

Die Untersuchung des exarticulirten Oberarms ergab folgendes, das eingeschlagene Operationsverfahren vollkommen rechtfertigendes Resultat: In den Sehnenscheiden des *Musc. pectoralis* und des *latissimus dorsi* befanden sich neue Knochenmassen, durch welche ihre Trennung bei der Exarticulation erschwert war; ferner konnte man einen kleinen geheilten Längsbruch am Kopfe des Oberarms und eine neue vom Periosteum ausgehende Knochenwucherung längs des Verlaufes des *Musc. deltoideus* wahrnehmen. Der lange Kopf des *Musc. biceps* war mit Knochenmassen bedeckt und durch diese aus seiner Lage verdrängt. Diese Knochenwucherung, welche sich längs des langen Kopfs des *Musc. biceps* bis zum Ansatzpunkte des *Musc. deltoideus* erstreckte, war ungefähr 3 Zoll lang und sich nach unten verbreitend, einen guten Zoll breit.

An der hinteren Seite des Gelenkkopfes waren vom Rande desselben mehrere Stücke in der Grösse von 2—4 Linien im Quadrate abgebrochen und fehlend, so dass man deutlich sah, es musste dieser Knochen bei Gelegenheit der Luxation eine bedeutende mechanische Insultation erlitten haben. Ein Querbruch des Knochens war nirgends vorhanden und die Contur der Corticalsubstanz auf der Durchschnittsfläche unterhalb des Gelenkkopfes unter der genannten Knochenwucherung ganz scharf abgegrenzt.

Sonnabend, № 5. 15. December 1849.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Preis vierteljährlich 2 Thlr., bis zum Schluss dieses Jahres 1 Thlr. Anzeigen werden mit 2 Sgr. für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Inhalt: Oppolzer's medicinische Klinik von Hennig (*Morbus Brightii*). — Romberg's Klinik von Franque (Grosser Veitstanz) — Die chirurgische Klinik zu Bonn von Wutzer (Fortsetzung) — Aus der chirurgischen Abtheilung des Magdeburger Krankenhauses von Fischer (*Hernia diaphragmatis; Trepanatio; Amputatio femoris; Fractura et luxatio clavicularum*). — Jüngken's chirurgische Klinik von Bührig (Blutung nach *Exstirpatio tonsillae; anus praeternaturalis*). — Grundregeln für die operative Plastik von Langenbeck. — Metastase nach Radicaloperation der Hydrocele von Schindler. — Miscellen von Göschen (Jodtinctur; Bright'sche Krankheit; Chloroform).

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Medicinische Klinik des Hofrath Dr. Oppolzer in Leipzig

von

Dr. Hennig.

Morbus Brightii acutus cum signis uraemicis.

Am 7. Februar 1849 ward Auguste Schröder aus Bitterfeld in die Klinik des Jacobs-Hospitals gebracht. Sie hatte nie Mangel gelitten; in Leipzig hat sie seit 5 Jahren meist in der Nähe der Pleisse gedient. In frühester Jugend überstand sie Scharlach und Pocken, beide scheinbar ohne Nachkrankheiten. Im 20. Jahre ward sie menstruirt; die Menses gingen bis vor ½ Jahre (sie stand nun im 25.) ohne Fehl; von da an erschienen sie nicht wieder, ohne dass eine Ursache des Aussenbleibens noch eine Folgekrankheit zu ermitteln wäre. Wir erfuhren von ihren Angehörigen, dass Pat. nie eine besondere, nicht einmal die gewöhnliche geistige Entwicklung dargeboten hat; nicht nur verschlossen und trübsinnig, zeigte sie bisweilen Ideenverwirrung, litt beständig an Kopfschmerz, der oft bis zu Schwindelzufällen anwuchs, durch Bewegung und Beschäftigung besser wurde, am heftigsten im Sitzen war, wobei sie den Kopf durch den Arm zu unterstützen pflegte. Ausserdem soll sie häufig über Kreuzschmerzen und Gliederreissen geklagt haben; zuweilen waren ihre Füsse geschwollen, doch war nicht zu erfahren, seit wann.

Am 1. Februar d. J. soll sie Abends mit einem Schrei zu Boden gestürzt sein; am andern Morgen fühlte sie nach einer ruhigen Nacht ausserordentliche Mattigkeit und Hitze, welche sie im Bett zurückhielten; bald stellte sich der alte Kopfschmerz, doch heftiger und mit Rückenweh ein. Noch an demselben Tage trat ein mit heftiger Kolik verbundner Durchfall auf, welcher den Schlaf der nächsten Nacht vereitelte. Die folgenden Tage bekam sie zwar einigen Schlaf, doch war er durch Träume beunruhigt. Dieser Zustand (der Durchfall erfolgte täglich gegen 12 mal) währte bis zur Aufnahme; ihre Kräfte sanken dabei merklich.

Ihr Körper war mittelgross, gut und kräftig gebaut; die Haut nicht verfärbt, übrigens trocken, kühl; die Haare schwarz, Iris blau, Hornhaut sehr glänzend, das Gesicht geröthet, ohne Ausdruck. Der aufgetriebene Leib war nur gegen Druck an unbeständigen Stellen empfindlich; doch schien der lebhaftere Schmerz die Oberbauchgegend einzunehmen. Die Leber fand sich etwas vergrössert, von der Milz nicht abzutrennen. Die sichtbaren Schleimhäute erschienen von Blut injicirt, die Zunge weissgrau belegt, feucht; Appetit fehlte, Durst war gross, Erbrechen nicht dagewesen. Das durch den Stuhl Entleerte waren grünliche Massen mit weissen Flocken durchsetzt, dünnflüssig. Nonnengeräusch war nicht zu hören. Das Athmen war etwas erschwert, erfolgte 20 mal in der Minute, liess sich rauh vesiculär vernehmen; die Kranke beschwerte sich weniger über Husten, als über Kurzathmigkeit und Angst. Das Herz gab 94 Schläge in der Minute; der systolische Ton im linken Ventrikel war, sowie der erste Carotidenton, dumpf und gedehnt; sonst zeigte die Brust keine Regelwidrigkeit. Der Kopf war wohlgestaltet, gegenwärtig frei von Schmerz; nur grosse Schlafsucht und Unbehülflichkeit fielen an der sonst verständigen Kranken auf; am meisten ward sie durch Kreuzschmerzen beunruhigt, war auch an allen Stellen der Haut äusserst empfindlich.

Als locales Leiden liess sich dem Erzählten zufolge nur der Intestinalkatarrh erkennen; obgleich zu diesem an sich nicht bedeutenden Processe die ausserordentliche Schlaftrunkenheit und die sonst dem Typhus eigene Hyperaphie in keinem Verhältnisse stehen, so fehlen doch andrerseits alle Kundgebungen eines tiefern Leidens; die Milz ist nicht bestimmbar, der Durchfall ohne Medicament bereits im Abnehmen, Roseola und welliger oder doppelschlägiger Puls verlassen uns auch, wollten wir die Diagnose auf Typhus stellen, dem das Krankheitsbild noch am ehesten entspricht; die übrigen Erscheinungen würden auf Rechnung einer der Hysterie sich nähernden Willenlosigkeit kommen. Das gesteigerte Empfindungsvermögen, welches den schon lang verhaltnen Schlaf raubt, und die schmerzhaften Durchfälle bilden vor der Hand das Heilobject. Beiden wird durch eine schleimige Mixtur von ℥vj mit *extr. opii aq. gr.* ij entsprochen. Schon am Abend des folgenden Tages stand die Diarrhöe, welche auch des den Follikularkatarrh auszeichnenden durchsichtigen Schleimes entbehrte; dagegen wurden die Nervensymptome mit jeder Stunde schwerer. Schlafsucht und Empfindlichkeit wuchsen parallel, die Physiognomie ward immer trauriger, der Blick unheimlicher, die Augen standen halb offen; sie antwortete richtig auf die an sie gerichteten Fragen, doch unwillig, worauf sie gleich in ihren Sopor zurücksank. Jetzt fällt zum ersten Male der seit voriger Nacht entstandene Urinmangel (bei leerer Blase) auf; dabei blieb es auch die folgenden Tage; der Athem wurde immer seltner, zuletzt schnarchend, die Haut immer kühler. In der nächsten Nacht schrie sie mehrmals laut auf, zog die Beine an sich und warf sich umher; der Puls fiel auf 70, ward klein; die Extremitäten wurden cyanotisch, das Bewusstsein ward immer dunkler. Sie erhielt von nun kalte Umschläge und Begiessungen über den Kopf. Je länger nämlich die Harnlosigkeit bestand, um so wahrscheinlicher ward die Vermuthung einer schnell zu Stande kommenden Verstopfung der Nierenkanälchen unter der Form der acuten Bright'schen Krankheit und einer mit diesem Vorgange gleichlaufenden Blutverderbniss durch den plötzlich zurückgehaltenen Harnstoff (Urämie)*). Denn wenn zwar in allmäligen Schüben ungeheure Niereninfarcte ohne Rückwirkung auf die Nerven zu Stande kommen können, und selbst das Blut seine Mischung lange aufrecht zu erhalten vermag, indem es an vicarirenden Stellen sich der sogenannten Schlacken der stickstoffhaltigen Gewebe entledigt, ja sogar angenommen werden darf, dass ein der Urämie ähnlicher chronischer Zustand die Hirnfunctionen wenig oder nicht beeinträchtigt vermöge des über dem Nervenleben waltenden Accomodationsgesetzes: so ist eine plötzliche Blutentartung wegen des Vorenthalts der gehörigen und passenden Nahrung für das Gehirn einer Vergiftung gleich zu achten, sowie wir auch im vorliegenden Falle alle Zeichen einer starken Narkose mit Einmischung anderer von Hirnreiz vor uns hatten, doch die beruhigende Methode mit der belebenden vereinigt vermochte nicht den raschen Verfall aufzuhalten; die Kranke erlag am 12. Februar Vormittags.

Noch am Abend desselben Tages ward die Oeffnung vorgenommen, und zeigte bei der äussern Besichtigung bedeutende Todtenstarre und (am Rücken) weit verbreitete Todtenflecke; die Haut erschien schmuzig gelb, das Gesicht livid, die Nase russig belegt, der Bauch mehr flach. Das Innere des Schädelgewölbes war links von der Stirnnaht von tief eindringenden Pacch.-Granulationen ausgehöhlt. Die wenig bluterfüllte

*) Nur einmal war es gelungen, mittelst des Katheters etwas Harn aus der Blase zu erhalten; derselbe ward unter des Prof. Lehmann Leitung geprüft; er war trübe, enthielt viel Eiweiss und fettig entartete oder infiltrirte Cylinder aus den Nierenkanälchen, auch freies Fett; mit Salpetersäure erhielt man eine blauröthliche Färbung (Uroglaucin).

dura mater schloss im *sin. long.* einen langen, zähen, mit Blutgerinnsel belegten Fibrinstrang ein (schon hierdurch wurde ein etwa noch zu erwartender Typhusbefund ausgeschlossen). Die zarte Arachnoidea war mit zahlreichen weisslichen Granulis besetzt, welche die *dura meninx* siebförmig durchbohrten. Die Hirnsubstanz war fest und zäh, arm an Blutpunkten. Nur im hintern Horne der gehörig weiten Seitenventrikel stand wasserhelles Serum; der *sinus sigmoideus* enthielt flüssiges Blut. Nirgend war ein Harngeruch zu entdecken. Bei Eröffnung der Brusthöhle fiel das lebhaft gelbe Fett des Unterhautzellgewebes auf; die Muskeln waren nicht entfärbt, das Blut der *vena jugularis int.* flüssig, kirschbraun. Die Lungen blieben bei Abnahme des Brustbeins aufgebläht, bedeckten jedoch nur den obern Rand des Herzbeutels, enthielten mässig Blut, wenig nicht urinös riechendes Oedem.

Am *conus arteriosus* des linken Ventrikels, auch an seiner venösen Mündung gab es einige kleine warzige Vegetationen, in der Höhle des Ventrikels ein reichliches fibrinhalt. Coagulum; seine Wand war um dasselbe straff zusammengezogen und erschien dicker. An der Pulmonalarterie entdeckte man einen kleinen Sehnenfleck; der rechte Ventrikel war schlaff, enthielt, sowie der Vorhof, Blutgerinnsel; aus diesen entsprangen Fibrinausscheidungen, welche sich in die Pulmonalarterie und andrerseits in beide Hohlvenen erstreckten. Die Leber lag so, dass sie eine vordere und hintere Fläche und einen obern und untern Rand zeigte; der linke Lappen reichte bis ins linke Hypochondrium und erreichte die nicht vergrösserte, an ihrer Hülse getrübte, im Parenchym feste Milz. Der Einschnitt der Leber war sehr tief; ihr Volum wie im Leben beschrieben; das Gewebe normal, voll flüssigen Blutes; die Galle blass, von Schleimflocken trübe, die Schleimhaut der Gallenblase mit rotzigem Schleime überzogen, darunter geröthet; dagegen enthielten ihre normalen Ausführungsgänge gelbliche, dünnflüssige Galle. Die Pfortader bot geronnenes Blut und einen Fibrinstrang dar. Der Magen zeigte eine stark gerunzelte, mit zähem Schleim belegte Mucosa; dazwischen verliefen hyperämische Streifen. Der Dünndarm zeigte unter der Entwicklung eine Menge Intussusceptionen, wie sie sich, zumal bei Katarrh im Innern häufig während der Agonie bilden; er enthielt dünnflüssige hie und da blutige Fäcalmassen; seine Mucosa war streckenweis mit glasigem Schleime belegt, darunter lebhaft injicirt. Der Dickdarm war voller gesunder Fäces. Die linke Niere war von richtiger Grösse, die rechte etwas kleiner; von beiden liess sich die Kapsel leicht abschälen; die Cortinalsubstanz besonders der rechten Niere war frisch fettig infiltrirt, drängte die Kelche zusammen und nach Innen; im Nierenbecken fand sich acuter Katarrh; im Parenchym fielen uns noch etliche kleine Cysten auf. Die Harnblase enthielt wenig trüben Urin, welcher unter dem Mikroskope noch fettig entartete Epithelien (den geschwänzten Krebszellen ähnlich) aufwies. Geschlechtstheile in beginnender Atrophie.

Ausser dem Befunde, welcher die im Leben gestellte Diagnose bestätigte, war uns noch sowohl der acute Katarrh der Gallenblase, als auch der Faserstoffstrang in der Pfortader, beide ihrer Seltenheit wegen, von Belang, und zwar letzterer um so mehr, da sonst bei Urämischen das Blut in der Leiche durchgehends flüssig gefunden wird, nur selten einige Coagula im Herzen angetroffen werden. — In therapeutischer Beziehung ist noch zu erwähnen, dass das Calomel, welches sich in acuter Urämie, zumal bei eintretender Verstopfung, oft hilfreich erwiesen, hier in den letzten Tagen der Krankheit ohne allen Erfolg verabreicht ward.

BOSTON MEDICAL
FEB 15 1909

Mittheilungen aus Romberg's Klinik in Berlin.

Beschreibung eines grossen St. Veitstanzes.

Nach den klinischen Journalen und eigener Beobachtung bearbeitet
von

Dr. Heinrich Franque.

Die Krankengeschichte, die wir hier treu zu geben versuchen wollen, lässt sich am Besten übersehen, wenn man sie in drei Perioden eintheilt. Die erste Periode bezeichnet den Beginn der Krankheit. Allgemeines Darniederliegen der motorischen Kraft, unregelmässige Zuckungen verschiedener Muskelgruppen, allmälig bis zu einem typisch eintretenden Epistotonus gesteigert und mit einer Exaltation der Psyche verbunden. Die zweite Periode wird die Symptome beschreiben, welche die Krankheit auf ihrer Höhe darbot: Aussergewöhnliche Entwicklung motorischer Kraft, statische Krämpfe nach einem bestimmten Typus auftretend, Steigerung der psychischen Exaltation bis zum Hellsehen. In der dritten Periode ist die allmälige Abnahme aller Erscheinungen zu betrachten: die statischen Krämpfe verschwinden, die Clairvoyance verliert sich, der zurückbleibende typische Epistotonus verliert an Intensität. Die mit demselben auftretende Exaltation besteht gegenwärtig noch fort.

Louise A., jetzt 16½ Jahr alt, war bis zum November 1845 völlig gesund. Sie hatte die gewöhnlichen Kinderkrankheiten überstanden und entwickelte sich körperlich und geistig in der normalen Weise. Auffallend war jedoch den Aeltern ein häufiges Knirschen mit den Zähnen während des Schlafes, sowie ein Recken der Glieder, wobei der Körper hintenüber gezogen wurde. Im November 1845 wurde sie von einer allgemeinen Schwäche, namentlich der unteren Extremitäten befallen, Kopfschmerzen und Hitzegefühl gesellten sich hinzu. Sie konnte sich nicht mehr auf den Füssen erhalten und war genöthigt das Bett zu hüten. Die Mutter bemerkte nun in der Nacht Zuckungen der Glieder, welche sich nach und nach auch bei Tage einstellten. Im Anfange des Monat März 1846 gingen diese Zuckungen in einen vollständigen Epistotonus über, welcher schon damals ein über den anderen Tag in den Vormittagstunden die Kranke heimsuchte. Zu gleicher Zeit bemerkten die Aeltern, dass die Verstandesthätigkeit ihrer Tochter während des Anfalles eine andere sei als in der freien Zeit.

In der Mitte März änderte sich die Scene plötzlich, die Krankheit trat in ihr zweites Stadium. Es entwickelte sich nun eine Reihe von Anfällen und Erscheinungen, welche von der Poliklinik aus vielfach beobachtet wurden. Zwischen 12 und 1 Uhr Mittags kündigte eine Aura den Anfall an. Die Kranke fühlte das Herannahen, wurde von einer grossen Angst befallen und verlangte entkleidet zu werden. Heftige respiratorische Krämpfe traten ein, schnelle, keuchende Athemzüge wechselten mit leisem Wimmern und kurzem Stöhnen, dabei wurde ein leichtes Zucken der Arme bemerkt. Plötzlich ist die Kranke wie tiefsinnig, rollt die Augen hin und her oder fixirt einen Gegenstand, springt dann mit grosser Elasticität aus dem Bette, schreitet mit kräftigem Schritte vorwärts und stürzt mit knackenden Knieen in eine sitzende Stellung zusammen. Gewandt und leicht springt sie aus dieser Stellung in die Höhe, geht umher, ergreift verschiedene Gegenstände, welche sie eigensinnig festhält oder mit Gewalt zu Boden schleudert. Dann sitzt sie wieder auf dem Boden, liegt wie in Ohnmacht eine Zeitlang still mit sehr unregelmässigem Pulse. Zuweilen geht sie nach der Thüre oder dem Fenster, rüttelt daran mit ungeheurer Kraft, stampft auf den Fussboden, sucht die Wände hinaufzuklettern, will den Staub von der Erde wegblasen, klatscht in die Hände und stürzt zuletzt auf das Bett, wo sie sich umherwirft. Nach diesem Vorspiel beginnt nun der eigentliche Anfall. Die Kranke setzt sich im Bette auf, wird in dieser sitzenden Stellung drei bis vier Mal in die Höhe geworfen und sinkt wieder zusammen. Plötzlich stellt sie sich aber im Bette aufrecht, springt mit ungeheurer Gewalt 4 mal in die Höhe nach der Decke des Zimmers. Der Vater, ein kräftiger Arbeitsmann, ist dann kaum im Stande sie zu halten. Erschöpft sinkt sie nach diesen Sprüngen nieder, verlässt aber bald darauf mit unaufhaltsamer Schnelligkeit das Bett und umkreist sechs bis sieben Mal das Zimmer in der Richtung von links nach rechts. Die im Wege stehenden Gegenstände streift sie zuweilen und fordert dann in vollem Laufe den Vater auf dieselben zu entfernen. Stets auf derselben Stelle stille stehend dreht sie sich dann wie ein Kreisel um sich selbst und sinkt, nachdem dieses vier bis fünf Mal geschehen ist mit dem Rufe „Vater" in dessen Arme, ohnmächtig mit brechendem Blick, stürmischem Herzschlag. Kurz darauf reisst sie sich los und beginnt ihren Kreislauf von Neuem, wiederholt denselben vier bis fünf Mal und endigt jedes Mal mit der Kreiselbewegung. Hiermit schliesst eine Tour. Nun beginnt das Benehmen wie es bei der Beschreibung der Aura geschildert ist, bis nach einiger Zeit die zweite Tour ihren Anfang nimmt. Die Zahl dieser Touren, d. h. also die ganze Reihe der Erscheinungen vom ersten Aufspringen in sitzender Stellung bis zur letzten Kreiselbewegung war nicht immer gleichmässig. Sie war nie weniger als dreizehn und nie mehr als zwanzig. Alle diese Zufälle wiederholten sich vom März bis zum Anfange des September täglich und dauerten von 2—6½ Uhr des einen und von 2—6 Uhr des folgenden Tages. Vom September an traten sie nur ein über den anderen Tag aber um dieselbe Zeit ein. Nach dieser Beschreibung des Anfalles fragt es sich noch, wie verhielten sich während desselben die Functionen der Sinnesnerven, namentlich Auge und Gehör, wie verhielt sich die Sprache, wie war die Thätigkeit der Seele verändert und schliesslich, wie war das Befinden der Kranken nach 6 Uhr Abends, wo der Anfall aufhörte. Der Opticus stand seinen Functionen vor, die Kranke erkannte alle Gegenstände richtig, sie griff sogar nach Büchern. Ob sie im Stande war zu lesen, darüber fehlen in dieser Zeit die Beobachtungen. Das Gehör war sehr scharf, sie hörte die aller leiseste Bewegung und richtete den Kopf nach der entsprechenden Seite. Das geringste Geräusch machte sie zusammenfahren, namentlich war ihr das Schlürfen beim Trinken einer Flüssigkeit ganz unerträglich. Die Sprache fehlte zuweilen, nicht immer. Durchdringendes Schreien, Lach- und Weinkrämpfe wurden häufig wahrgenommen. Gehörs- und Gesichts-Phantasmen erschrecken sie. Sie fährt plötzlich zusammen, greift nach den Erscheinungen, spricht mit

denselben, namentlich ist es ihre verstorbene Mutter, welche sie sieht. Die Zahl der Touren, welche sie zu machen hatte, gab sie jedesmal vorher an und hat sich darin nie geirrt. Konnte sie nicht sprechen, so zählte sie es an den Fingern ab. Ebenso sagte sie zur bestimmten Zeit vorher, dass sie nun nur einen Tag über den andern von dem Anfalle heimgesucht werden würde. Auf Weiteres erstreckte sich jedoch das Hellsehen nicht. Die Gewalt, welche sie umhertreibt, wird von der Kranken ausserhalb ihres Körpers gesucht. Sie that oft die Aeusserung „es zieht mich so schnell, dass ich fast nicht nach kann.“ Nach Beendigung des Anfalls stellte sich nicht etwa ein erquickender Schlaf oder grosse Mattigkeit ein, im Gegentheil, die Kranke verliess nach einer Stunde ihr Bett, war im Stande zu gehen, zu stehen, sogar ziemliche Entfernungen zurückzulegen. Die Nacht war gewöhnlich ruhig, die Kranke schlief gut, aber dennoch war sie auch an den Anfallfreien Tagen nicht eher im Stande zu gehen, als bis um sieben Uhr des Abends.

Während der in der Klinik vom 23. Oktober an eingeleiteten Behandlung dauerten alle diese Erscheinungen fort bis zum 22. November. Der Anfall begann an diesem Tage um halb zwei; die Kranke machte jedoch nur eine Tour und statt der folgenden stellten sich die Epistotonusartigen Bewegungen ein, welche sich von 3 zu 3 Minuten vier bis fünf Mal wiederholten. Die Kranke sagte, heute werde der Anfall kürzer sein und dieses war das letzte Zeichen von Clairvoyance. Schon einige Tage vorher hatte sie immer nur angeben können, wann der letzte Anfall angefangen hatte. Die Kranke verliess das Bett schon um 6 Uhr. Von nun an wurde die Zeit der Zufälle immer kürzer und in der zweiten Hälfte des December hörten die Nachmittagsanfälle gänzlich auf. Die Krankheit trat in ihr drittes Stadium.

Es stellte sich nun ganz in derselben Art, wie in der ersten Zeit des Leidens ein über den anderen Tag in den Vormittagsstunden der Epistotonus und an jedem Abend ein Zustand ein, auf welche beide jetzt etwas näher einzugehen sein wird, da beide jetzt noch fortbestehen, wenn auch etwas verändert. Die zurückgebliebenen Erscheinungen lassen sich als Choreaanfälle betrachten, welche verbunden sind mit einer psychischen Exaltation. Die Anfälle selbst sind zweierlei Art: die einen weniger heftigen jeden Abend zwischen acht und zehn Uhr eintretend, die anderen sehr stürmisch ein über den anderen Tag in den Vormittagstunden die Kranke heimsuchend. Beide verbunden mit einer veränderten psychischen Thätigkeit, beide von einer Aura begleitet. Die Kranke fühlt sich unbehaglich, ist still und mürrisch, beide auf dieselbe Weise mit einigen langgezogenen Athemzügen beginnend, die abendlichen Anfälle in den Schlaf übergehend, die Anfälle in den Morgenstunden eigenthümlich endend, indem die natürliche Verstandesthätigkeit meistens wieder Platz greift. Die abendlichen Anfälle unterscheiden sich nicht von der gewöhnlichen Chorea. Es sind Zuckungen, welche die Rumpf-, Nacken- und Halsmuskeln ergreifen. Die linke Seite ist mehr ergriffen als die rechte. Die Gesichtsmuskeln scheinen frei zu sein, wenn man nicht ein sehr häufiges Runzeln der Stirn hierher rechnen will. Das Auge hat seinen gewöhnlichen Glanz, ist jedoch zuweilen stier auf einen Fleck gerichtet, die Pupille sehr erweitert, die Gesichtsfarbe nicht verändert. Heftig ergriffen zeigen sich zuweilen die respiratorischen Muskeln, rasches, hastiges, ängstliches Athmen, langgezogene Inspirationen nur am Beginn und beim Schluss des Anfalles, Gähnen wurde nie bemerkt, ziemlich häufig ein kurzes Stöhnen. Beim Beginn ist die Kranke still und mürrisch, nach und nach wird sie aufgeräumt, muthwillig und ungezogen gegen ihre Aeltern, für welche sie sonst eine grosse Verehrung hat. Sie hat in diesem Zustande eine Abneigung gegen jede Beschäftigung. Ich habe sie nie vermögen können etwas vorzulesen oder zu stricken, sie hält das Buch verkehrt, zieht die Nadeln aus dem Socken und wirft dann die Arbeit weg.

Was sie spricht ist ganz vernünftig und geht durchaus nicht über ihren Gesichtskreis. Sie hat während des Anfalles Erinnerung von allem, was ausser demselben geschieht, dagegen erinnert sie sich in der freien Zeit der Vorfälle während des Anfalles nur traumartig. Die Kranke ist sehr schreckhaft, das Klatschen mit den Händen, auch wenn sie es sieht, verursacht heftiges Zusammenfahren des ganzen Körpers. Dieser abendliche Anfall stellt sich früher ein, wenn die Kranke eine Gemüthsbewegung gehabt hat, er bleibt ganz aus, so lange sie sich in der freien Luft befindet. Ich habe aber gesehen, dass er sich einstellt, sowie sie in das Zimmer kommt. Alles bisher geschilderte tritt auch bei den Anfällen in den Vormittagsstunden auf, nur sind die Bewegungen heftiger.

Ausserdem aber geschehen im Anfalle jeder dritten Minute stürmische Bewegungen fast aller Muskeln. Die Kranke stemmt dann plötzlich bei einer sehr beschleunigten Respiration den Hinterkopf auf die Kissen, die Füsse auf die Matraze, während der übrige Körper 1—1½′ in die Höhe geschleudert wird und dann mit seiner ganzen Wucht wieder herunterfällt. Die Hände werden entweder vor das Gesicht gehalten oder ebenfalls angestemmt. Die Bewegung in die Höhe erfolgt zweimal rasch hintereinander. Schmerzen schienen dabei nicht empfunden zu werden, im Gegentheil die Kranke spricht und lacht. Der Versuch, die Bewegung zu hindern, veranlasste einen durchdringenden Schrei und die kräftigsten Anstrengungen sich loszumachen, denen nachgegeben werden musste. Der Anfall begann damals um 10 Uhr und dauerte bis 11. Die Kranke versinkt zuletzt in einen Schlaf der etwa 1 Minute dauert, athmet dann zwei Mal tief, fasst nach der Hand ihres Vaters, drückt dieselbe bei jedem Athemzuge heftig und kommt dann wieder zu sich. Alle diese Zufälle verschwanden im Sommer 1847 spurlos, die Kranke schien hergestellt, es war nur das Bedürfniss geblieben Morgens nicht allzufrüh aufzustehen. Im Herbst desselben Jahres kehrten sie ganz in derselben Art wieder. Im Winter $18^{47}/_{48}$ traten an die Stelle des Epistotonus die Bewegungen der gewöhnlichen Chorea, so dass sich damals der Morgenanfall nicht mehr unterschied von den Anfällen des Abends.

Im Februar 1848 kehrte der Epistotonus ein um den anderen Tag wieder und dauert jetzt noch. Damals wurde bei einer genauen Untersuchung der Wirbelsäule und des Schädels grade auf dem Scheitel eine kleine Stelle gefunden, deren Berührung der Kranken höchst unangenehm ist. Von der Empfindung, die sie dabei hat, weiss sie keine Beschreibung zu geben, doch sagt sie ganz bestimmt, dass es kein Schmerz sei. Diese Stelle ist ebenso empfindlich während der Anfälle als ausser dieser Zeit. Der Druck während der Morgenanfälle veranlasste unter heftigen Respirationsbewegungen den Epistotonus. Schon das blosse Nähern der Hand ist der Kranken sehr unangenehm. Der Sommer des Jahres 1848 verging für die Kranke unter mancherlei Beschwerden, während die Anfälle in gleicher Weise fortdauerten. In Folge der Unruhen bei dem räuberischen Anfall auf das Zeughaus verlor sie die Sprache, auch ihre geistigen Fähigkeiten lagen vollständig darnieder. Sie goss z. B. den Kaffee auf den Tisch anstatt in die Schale, schnitt mit der Gabel u. s. w. Ihr Aussehen war sehr zerfallen, das Gesicht blass, die Augen stier und verdreht traten weit hervor, die Pupille sehr weit, die Gefässe der Sklerotika an einzelnen Stellen injicirt, die Choroidea bläulich durchschimmernd. Von verschiedenen an sie gerichteten Fragen nimmt sie keine Notiz. Auf Kitzeln in den Handtellern reagirt sie, allmälig zeigt sie mehr Theilnahme. Ein Druck auf die oben bezeichnete Stelle am Kopf veranlasste heftige Krämpfe, worauf sie im Stande ist einige Worte zu sprechen, was jedoch bald wieder aufhört. Das Experiment zum zweiten Mal wiederholt gab ihr die Sprache auf eine Viertelstunde wieder. Die Bemühungen zu sprechen waren vergebens, so sehr sich die Kranke auch anstrengte; dagegen konnte sie laut lachen und die Zunge ganz frei bewegen. Dieser Zustand schwand nach einigen Tagen und kehrte verschiedne Mal wieder. Das Allgemeinbefinden der Kranken war bald mehr bald weniger gut. Allgemeine Schwäche und Kopfschmerzen sind ihre häufigsten Klagen. Uebrigens entwickelt sie sich körperlich und geistig ganz gut und im Juni 1848 stellten sich die ersten Spuren der Menstruation ein, nachdem vorher ein ziemlich starker *fluor albus* bestanden hatte. Im Monat December trat die vollständige Menstruation ein unter grossen Beschwerden für die Kranke. Die Anfälle von Epistotonus dauerten mit geringer Unterbrechung drei Tage hintereinander fort und zwar mit viel grösserer Heftigkeit als dies gewöhnlich zu sein pflegte. Dabei fiebert sie, vermag nicht zu sprechen und ist vollständig apathisch.

Die Menses stellten sich seitdem ganz regelmässig ein und haben die Anfälle auch nicht aufgehört, so hat ihre Heftigkeit doch nachgelassen. Der Körper, der sonst mit seiner ganzen Schwere auf das Bett fiel, sinkt jetzt langsam zurück, als ob die Kraft gebrochen sei. Alle übrigen Zuckungen haben gänzlich aufgehört und Abends ist nur die Exaltation übrig geblieben. Die Stelle auf dem Scheitel ist noch ebenso empfindlich. Körperlich ist die Kranke vollständig entwickelt, sie ist im Stande lange Wege zu gehen ohne zu ermüden. Auch geistig ist sie gesund. Ihr Gedächtniss hat durchaus nicht gelitten, ihre Auffassungsgabe ist sehr gut, doch fehlt ihr die Ausdauer bei körperlicher oder geistiger Beschäftigung. Im Septemher dieses Jahres bestand sie die Cholera. In dieser Zeit hörten die Anfälle auf. Jetzt aber wiederholen sie sich in der früheren Art und Weise.

Was die Behandlung anlangt, so hatten wir vor allen Dingen vor Augen, dass alle diese Zufälle von der Natur überwunden und beseitigt würden, dass jedes Eingreifen zu vermeiden und nur die Kräfte der Kranken zu unterstützen seien. In diesem Sinne wurden die Eisenmittel in verschiedener Form gereicht. Während des Sommers trank die Patientin gewöhnlich ein Eisenwasser und badete fleissig. Dabei wurde für eine kräftige Diät gesorgt. Fleisch, rohe Eier, Tokaier, Bier, rothe Weine unterstützten die Kur. Sorgfältig hat man jede Steigerung der psychischen Exaltation vermieden und ich glaube hiefür kann die Kranke der Klinik am dankbarsten sein, da es jetzt, namentlich wo die Geschlechtsreife eingetreten ist, nicht sehr schwer sein dürfte, einen somnambülen Zustand herbeizuführen.

Uebersicht der in der stationären und in der ambulatorischen chirurgisch-augenärztlichen Klinik der K. Universität zu Bonn vom 1. Oct. 1847 bis Ende Sept. 1848 vorgekommenen Ereignisse.

Von
dem Director der Anstalt, Dr. C. W. Wutzer.

(Fortsetzung.)

Summarische Uebersicht der im chirurgisch-augenärztlichen Klinikum behandelten Krankheiten.

No.	Name der Krankheit.	Summe des: Bestandes	Summe des: Zuganges	Summe des: Bestandes und Zuganges.	Abgegangen als: geheilt	Abgegangen als: gebessert	Abgegangen als: ungeheilt	Abgegangen als: gestorben	Bestand bleibt
	A. Chirurgische Krankheiten.								
	I. Entzündungen und ihre Ausgänge.								
1	Inflammatio genae	—	2	2	2	—	—	—	—
2	„ chronica vaginae et tendinum flexor. manus	—	1	1	1	—	—	—	—
3	„ rheumatica articulorum	—	1	1	1	—	—	—	—
4	Rheumatismus vagus	—	1	1	1	—	—	—	—
5	Myelitis chronica	—	1	1	—	—	1	—	—
6	Gonarthrocace	1	1	2	2	—	—	—	—
7	Tumor albus genu	1	—	1	1	—	—	—	—
8	Coxarthrocace	—	2	2	1	—	—	—	1
9	Periostitis articuli pedis	—	1	1	—	—	—	—	1
10	Urethritis et induratio testis	—	1	1	1	—	—	—	—
11	Phimosis	—	1	1	1	—	—	—	—
12	Paraphimosis	—	1	1	1	—	—	—	—
13	Cystitis chronica	—	1	1	—	1	—	—	—
14	Abscessus ex periostitide in reg. tempor.	—	1	1	1	—	—	—	—
15	„ ex puerperio	1	—	1	1	—	—	—	—
16	Pernio	—	1	1	1	—	—	—	—
	II. Geschwüre.								
17	Ulcus atonicum cruris	—	5	5	5	—	—	—	—
18	„ gangraenosum cruris	—	2	2	2	—	—	—	—
19	„ varicosum cruris	—	2	2	2	—	—	—	—
20	„ impetiginosum cruris	—	7	7	7	—	—	—	—
21	„ leprosum	1	—	1	1	—	—	—	—
22	„ herpeticum	—	1	1	1	—	—	—	—
23	„ fistulosum antibrachii	—	1	1	1	—	—	—	—
24	Ulcera scrofulosa antibrachii	—	1	1	—	—	—	—	1
25	„ „ genarum	—	1	1	1	—	—	—	—
26	Ulcus mammae	—	1	1	1	—	—	—	—
27	Ulcera labiorum majorum pudend.	—	1	1	1	—	—	—	—
28	Ulcus syphiliticum	2	11	13	12	—	—	—	1
29	„ „ et phimosis	—	1	1	1	—	—	—	—
30	Lepra syphilitica	—	1	1	—	1	—	—	—
31	Ozaena syphilitica	—	1	1	1	—	—	—	—
32	Lupus scrofulosus	1	7	8	6	2	—	—	—
33	Cancer cutaneus frontis	—	1	1	1	—	—	—	—
34	„ apertus labii inferioris	—	3	3	3	—	—	—	—
35	„ „ anguli nasi	—	1	1	—	—	—	—	1
36	„ genae	—	1	1	1	—	—	—	—
37	„ linguae	—	4	4	4	—	—	—	—
38	„ penis	—	5	5	5	—	—	—	—
39	„ intestini recti	—	1	1	—	—	1	—	—
40	„ uteri, fistula recto-vaginalis	—	1	1	—	—	—	1	—
41	Noma	—	1	1	—	1	—	—	—
42	Caries ossium cranii	1	—	1	—	1	—	—	—
43	„ articuli cubiti	1	—	1	1	—	—	—	—
44	„ ossium metacarpi	—	1	1	1	—	—	—	—
45	„ antibrachii	—	1	1	1	—	—	—	—
46	„ processus mastoidei lateris dextri	—	1	1	1	—	—	—	—
47	„ genu	—	4	4	2	1	—	—	1
48	„ ossium tarsi	1	—	1	—	1	—	—	—
49	„ articuli pedis	—	2	2	2	—	—	—	—
	Latus	10	86	96	79	8	2	1	6

No.	Name der Krankheit.	Summe des: Bestandes	Summe des: Zuganges	Summe des: Bestandes und Zuganges.	Abgegangen als: geheilt	Abgegangen als: gebessert	Abgegangen als: ungeheilt	Abgegangen als: gestorben	Bestand bleibt
	Transport	10	86	96	79	8	2	1	6
50	Necrosis articuli cubiti	1	—	1	1	—	—	—	—
51	„ claviculae	—	1	1	—	1	—	—	—
52	„ mandibulae	—	1	1	1	—	—	—	—
53	„ hallucis	1	—	1	1	—	—	—	—
54	Fistula sacci lacrymalis	—	1	1	1	—	—	—	—
55	„ vesico-vaginalis	—	5	5	2	3	—	—	—
56	Favus exulcerans	—	1	1	—	—	—	—	1
57	Porrigo decalvans	—	1	1	—	1	—	—	—
58	Tubercula syphilitica nasi	—	1	1	—	—	—	—	1
	III. Wunden, Quetschungen, Knochenbrüche.								
59	Fractura femoris transversa	—	4	4	3	—	—	—	1
60	„ patellae diagonalis	—	1	1	1	—	—	—	—
61	„ cruris comminuta complicata	—	1	1	—	—	—	—	1
62	„ brachii et scabies	—	1	1	1	—	—	—	—
63	„ antibrachii inveterata male curata	—	1	1	—	1	—	—	—
64	„ humeri comminuta complicata	—	1	1	1	—	—	—	—
65	„ comminuta cranii	—	1	1	—	—	—	—	1
66	Dilaceratio digitorum	—	1	1	1	—	—	—	—
67	Vulnus arteriae temporalis	—	1	1	1	—	—	—	—
68	Vulnus frontis	—	1	1	—	—	—	—	1
69	Contusio humeri	—	1	1	1	—	—	—	—
70	Ambustio oculorum	—	1	1	1	—	—	—	—
	IV. Relaxationen, Contracturen, Verkrümmungen.								
71	Anchylosis spuria coxae	—	1	1	—	—	1	—	—
72	„ „ genu	—	2	2	—	1	—	—	1
73	„ „ articuli cubiti	—	1	1	1	—	—	—	—
74	Pseudarthrosis cruris	—	1	1	1	—	—	—	—
75	Trismus e refrigerio	—	1	1	1	—	—	—	—
76	Strictura oesophagi	—	1	1	—	—	—	—	1
77	„ urethrae	—	1	1	1	—	—	—	—
78	Prolapsus vaginae	—	1	1	—	1	—	—	—
79	„ ani	—	1	1	1	—	—	—	—
80	Aneurysma arteriae aortae	—	1	1	—	—	1	—	—
81	Os brachii combustione thoracis lateri adnatum	—	1	1	1	—	—	—	—
	V. Hernien, Verrenkungen, Verkrümmungen.								
82	Talipes varus congenitus	—	4	4	4	—	—	—	—
83	Hernia inguinalis incarcerata	—	1	1	1	—	—	—	—
84	„ „ mobilis	—	2	2	2	—	—	—	—
85	„ lineae albae	—	1	1	1	—	—	—	—
	VI. Wasser-Ansammlungen, Schleimflüsse, fremde Körper.								
86	Hydrocele	—	1	1	1	—	—	—	—
87	Haematocele	—	1	1	—	—	—	—	1
88	Ascites	—	1	1	—	—	1	—	—
89	Fluor albus	—	3	3	3	—	—	—	—
90	Lues gonorrhoica	—	1	1	1	—	—	—	—
91	Calculus vesicae urinariae insaccatus	—	1	1	—	—	—	—	1
	VII. Pseudorganisationen, Pseudoproducte, Bildungsfehler.								
92	Polypus narium	—	1	1	—	1	—	—	—
93	„ pharyngis	—	7	7	—	7	—	—	—
94	Hypertrophia tonsillarum	—	1	1	1	—	—	—	—
95	Tumor fibrosus in regione vertebrae lumb. quintae	—	1	1	1	—	—	—	—
96	Tumor fibrosus in cavo pelvis extra saccum peritonei	—	1	1	—	1	—	—	—
97	Tumor fibrosus antri Highmori	—	1	1	1	—	—	—	—
98	„ in abdominis regione hypogastrica	—	1	1	—	1	—	—	—
99	„ in cavo abdominis	—	1	1	—	1	—	—	—
	Latus	12	154	166	117	27	5	6	11

No.	Name der Krankheit.	Summe des: Bestandes	Zuganges	Bestandes und Zuganges	Abgegangen als: geheilt	gebessert	ungeheilt	gestorben	Bestand bleibt
	Transport	12	154	166	117	27	5	6	11
100	Tumor cysticus in reg. maxillae inferior.	—	1	1	1	—	—	—	—
101	„ uteri et Hysteria	—	1	1	—	1	—	—	—
102	Corpus fibrosum uteri	—	1	1	1	—	—	—	—
103	„ „ testis	—	1	1	1	—	—	—	—
104	Pseudoplasma clitor. et labiorum pudend.	—	1	1	1	—	—	—	—
105	„ fungosum urethrae	—	2	2	2	—	—	—	—
106	Lipoma nuchae	—	1	1	1	—	—	—	—
107	Fungus medullaris in regione parotidea	—	1	1	—	—	—	1	—
108	„ „ testis	—	1	1	—	—	—	—	1
109	„ „ orbitae	—	1	1	1	—	—	—	—
110	„ „ integumentor. orbitae	—	1	1	1	—	—	—	—
111	„ „ uteri	—	2	2	—	—	2	—	—
112	Uvula bifida	—	1	1	1	—	—	—	—
113	Defectus nasi et syphilis universalis	—	1	2	—	1	—	—	—
114	Labium leporinum	—	1	1	1	—	—	—	—
115	„ „ et palatum fissum	—	1	1	1	—	—	—	—
116	Elephantiasis	—	1	1	—	—	—	—	1
	Summe der chirurg. Krankheiten	12	173	186	129	29	7	7	13
	B. Augenkrankheiten.								
	I. Entzündungen und ihre Ausgänge.								
1	Ophthalmia catarrhalis	—	2	2	2	—	—	—	—
2	„ scrofulosa et pannus vasculosus	—	3	3	3	—	—	—	—
3	„ rheumatica	—	2	2	1	—	—	—	1
4	Blepharitis chronica	—	4	4	4	—	—	—	—
5	Blepharoblennorrhoea	—	2	2	1	—	—	—	1
6	Pannus membranaceus	—	1	1	1	—	—	—	—
7	Ankyloblepharon partiale	—	1	1	1	—	—	—	—
8	Hydrophthalmos	—	1	1	—	1	—	—	—
9	Iritis rheumatica	—	1	1	1	—	—	—	—
10	„ syphilitica	—	1	1	1	—	—	—	—
11	Trichiasis, entropium, pannus membran.	—	1	1	1	—	—	—	—
12	Trichiasis cum entropio	—	1	1	1	—	—	—	—
13	Entropium palpebrae superioris	—	5	5	5	—	—	—	—
14	„ „ inferioris	—	2	2	2	—	—	—	—
15	Leucoma corneae et Synechia anterior	—	1	1	—	1	—	—	—
16	Leucoma corneae	—	1	1	—	1	—	—	—
17	Pseudoplasma corneae dextrae	—	1	1	1	—	—	—	—
	II. Kachexien.								
18	Cataracta lenticularis a) unius bulbi	—	2	2	2	—	—	—	—
19	„ „ b) utriusque bulbi	—	1	1	1	—	—	—	—
20	„ capsulo-lentic. a) unius bulbi	—	3	3	3	—	—	—	—
21	„ „ „ b) utriusque bulbi	—	4	4	4	—	—	—	—
	III. Neurosen.								
22	Amaurosis erethistica	—	1	1	—	1	—	—	—
23	Strabismus convergens	—	1	1	1	—	—	—	—
	Summe der Augenkrankheiten	—	42	42	36	4	—	—	2
	Summe der chirurg. Krankheiten	12	173	186	129	29	7	7	13
	Hauptsumme	12	215	228	165	33	7	7	15

No.	Operationen.	überhaupt	Erfolg: geheilt	gebessert	ungeheilt	gestorben
	Transport	11	11	—	—	—
5	Discissio cicatricum a combustione	1	1	—	—	—
6	Operatio necroseos	1	1	—	—	—
7	„ pseudarthroseos	1	1	—	—	—
8	Punctio hydroceles	1	1	—	—	—
9	Terebratio cranii	1	—	—	—	1
10	Fistulae lacrymalis operatio	1	1	—	—	—
11	Operatio labii leporini	2	2	—	—	—
12	Abscissio tonsillarum partialis	2	2	—	—	—
13	„ partis uvulae	1	1	—	—	—
14	Exstirpatio partis linguae scirrho affectae	4	4	—	—	—
15	Transplantatio ad labium superius oris et genam	1	—	1	—	—
16	Exstirpatio cancri labii inferioris	4	4	—	—	—
17	„ „ „ „ cum transplantat.	1	1	—	—	—
18	„ „ genae cum transplantatione	1	1	—	—	—
19	Ligatura lipomatis palpebrae infer.	1	1	—	—	—
20	Laryngotomia *)	1	—	—	—	1
21	Operatio herniae mobilis	1	1	—	—	—
22	„ „ lineae albae	1	1	—	—	—
23	Herniotomia	1	1	—	—	—
24	Operatio fistulae ani	1	1	—	—	—
25	„ phimoseos	1	1	—	—	—
26	„ fistulae vesico-vaginalis	6	2	4	—	—
27	Exstirpatio testis	3	3	—	—	—
28	Amputatio clitoridis	1	1	—	—	—
29	Lithotomia per sectionem lateralem **)	1	—	—	—	1
30	Exstirpatio steatomatis	1	1	—	—	—
31	„ atheromatis genae	1	1	—	—	—
32	„ lipomatis nuchae	1	1	—	—	—
33	„ fungi medullaris manus	1	1	—	—	—
34	„ fungi medullaris tegumentorum abdominis	1	1	—	—	—
35	„ corporis fibrosi antri Highmori	1	1	—	—	—
36	„ corporis fibrosi uteri	1	1	—	—	—
37	„ pseudoplasmatis maligni urethrae	4	4	—	—	—
38	Amputatio penis	5	5	—	—	—
39	„ femoris	2	2	—	—	—
40	„ cruris	7	6	—	—	1
41	Exarticulatio digitorum	3	3	—	—	—
42	Resectio maxillae superioris	1	1	—	—	—
43	Oncotomia	5	5	—	—	—
44	Applicatio ferri candentis	9	9	—	—	—
	Summe der chirurgischen Operationen	94	85	5	—	4
	B. Augenoperationen.					
1	Operatio cataractae	15	15	—	—	—
2	„ staphylomatis	1	—	1	—	—
3	„ entropii	8	8	—	—	—
4	Excisio partialis conjunctivae tumefactae	1	1	—	—	—
5	Myotomia ocularis	1	1	—	—	—
	Summe der Augenoperationen	26	25	1	—	—
	Summe der chirurgischen Operationen	94	85	5	—	4
	Hauptsumme	120	110	6	—	4

(Schluss folgt.)

No.	Operationen.	überhaupt	Erfolg: geheilt	gebessert	ungeheilt	gestorben
	A. Chirurgische Operationen.					
1	Ligatura arteriae cruralis	2	2	—	—	—
2	„ „ temporalis	1	1	—	—	—
3	Discissio subcutanea tendinis Achillis	7	7	—	—	—
4	Discissio tendinum musc. semitendinosi et membran.	1	1	—	—	—
	Latus	11	11	—	—	—

Mittheilungen aus der unter dem Med. R. Dr. Dohlhoff stehenden chirurgischen Abtheilung des Magdeburger Krankenhauses

von

Dr. O. Fischer.

Die „deutsche Klinik“ mit ihrer Tendenz wird von ärztlicher Seite allgemein mit grosser Freude begrüsst. Daher darf Anerkennung und Aufmunterung und Dank nicht fehlen. Und so, meine ich, muss Jeder, der im Geiste der neuen Zeitschrift Werthvolles bieten kann, mit seinen Einsendungen nicht zögern. Wenn es wahr ist, dass bei der Behand-

*) Vgl. Rhein. Monatsschrift für prakt. Aerzte, Jahrg. 1848. 8. Heft. S. 481 u. f.

**) Ebend. 8. Heft. S. 484 u. f.

lung von Krankheitsfällen Präcision in der Diagnostik, schnellste Anwendung des Neuen, Genauigkeit in der Begründung des Verfahrens vorzugsweise in den Kliniken der Hochschulen gefunden wird, so ist es gewiss nicht weniger wahr, dass, was Anpassung der Behandlung an den *genius epidemicus*, was Anwendung des durch die Zeit Bewährten im Grossen, was Geltendmachen praktischer scheinbarer Kleinigkeiten im Einzelnen anbelangt, das bescheidenere Wirken der Krankenhäuser das Seinige leistet. Deshalb wird es Nutzen bringen, die verschiedenen Ergebnisse dieser zwei verschiedenen Anstalten sich wechselseitig ergänzen zu lassen, wobei beide gewinnen, und das ärztliche Publicum dazu. Denn mit wenigen Ausnahmen bleiben die Schätze der Universitätskliniken in den Händen der Professoren und Studirenden, und manches Werthvolle in den Krankenhäusern geht fast ganz verloren. Das wird nunmehr nicht so sein, und wenn demnach Viele helfen, wird Vieles für die Wissenschaft zu gewinnen sein.

Der Schreiber dieser Zeilen setzt es sich zum Ziel, in monatlichen kurzen Notizen diejenigen Fälle aus der chirurgischen Abtheilung des Magdeburger Krankenhauses zu liefern, welche ihm würdig scheinen, der Vergessenheit entrissen und weiteren Kreisen übergeben zu werden.

1. *Hernia diaphragmatis.*

Der 26jährige Maurer Hentschel (rcp. den 31. Oct. 1849) war beschäftigt, einen Thorweg auszubessern. Lockere Steine des Bogens lösen sich, und, indem er selbst niederstürzt, fallen diese auf ihn. Er wurde nach dem Krankenhause gebracht und ihm sogleich eine Ader geöffnet. Nach zwei Stunden wurde er sorgfältiger untersucht, sein Bewusstsein bei weiter Pupille kaum getrübt gefunden, keine Fractur oder sonstige erhebliche äussere Verletzung entdeckt. Der Zustand des Kranken war ein höchst eigenthümlicher: während sich in seinem Gesichte das Bild grösster Angst abspiegelte, waren die Pulse an den warmen Händen nur mässig beschleunigt und weich; die Athemzüge, mit fortwährendem Schluchzen und häufigem Würgen vermischt, erfolgten 80 Mal in der Minute, hoben aber die Brust nicht über die Norm. Gleichzeitig mit ihnen bemerkte man in der Magengegend eine leicht schwappende rhythmische Bewegung von oben nach abwärts und zurück, eine Bewegung, welche der aufgelegten Hand das Gefühl darbot, als ob eine mit Luft untermischte Flüssigkeit unter jener wegschlürfend sich hin und her bewegte, und welche zugleich ein kluckerndes Geräusch verursachte. Der Stoss und die Töne des Herzens fanden sich an normaler Stelle nicht, sondern mehr oben und nach dem Brustbeine zu, und erschienen dem angelegten Ohre entfernt. Die untere vordere Brustwand linker Seite nahm dafür ein auffallend heller Magenton ein, dagegen fehlte hier und seitlich über der Milzgegend das respiratorische Murmeln völlig, welches weiter oben wieder deutlich und mit Blasenknacken untermischt zu vernehmen war.

Es musste demnach angenommen werden, dass die Gewalt der fallenden Steine, welche wahrscheinlich vorzugsweise den Unterleib getroffen hatten, den Magen und Darmkanal so heftig gegen das Zwerchfell presste, dass dieses einriss und zugleich den Magen und einen Theil Gedärme durch die Oeffnung in die Brusthöhle trieb. Alle Zeichen und Symptome sprachen für diese Diagnose. Dem Kranken wurden 16 bl. Schröpfköpfe und kalte Umschläge auf die Brust, so wie innerlich auf der Stelle und nach einer Stunde zu wiederholen, 20 Tropfen der *Tinctura thebaica* verordnet. Nach zwei Stunden hatte sich einige, und nach abermals drei Stunden, in welcher Zeit ein ölhaltiges Klystier Oeffnung verschafft hatte, eine bedeutende Besserung eingestellt: — die Vomituritionen, die Angst und das schlürfende Geräusch waren verschwunden, der Athem war ruhig geworden; das Schluchzen erfolgte nur noch selten, das Herz schlug an seiner normalen Stelle an, das Athmungsmurmeln war links wieder hörbar, zum Theil über das Herz sich hinwegziehend, der Magen fand sich wieder in seiner natürlichen Lage, und nur der Puls zeigte eine geringe Gereiztheit.

Am 2ten Tage klagte der Kranke nur über leichte Schmerzen im Rücken und in der Herzgrube, am 3ten neben dieser Empfindung nur über Hunger, der ihn bei seinem sonstigen vollständigen Wohlbefinden quäle. Geringer Auswurf mit einigen dunkeln Blutklümpchen. Gefühl von Druck und Aengstlichkeit nach jedem Genusse. Am 10ten Tage wurde von Seiten des H. nur ein gelindes Weh erwähnt, das sich vom vorderen Rande der unteren Rippen neben dem Schwertfortsatze des Brustbeins nach dem Rücken zu senke, und jene unangenehme Empfindung nach dem Essen. Am 21sten wurde er, bisher noch beobachtet, entlassen.

Ob der Riss im Zwerchfell geheilt, oder aber geöffnet geblieben, so dass später von Neuem ein Zwerchfellsbruch sich bilden und dann auch wohl einklemmen kann, muss die Zukunft ausweisen.

2. *Trepanatio.*

Das 22jährige im fünften Monat schwangere Mädchen Bromme (rcp. den 26. Oct. 1849) wird übergefahren. Ausser einigen anderen unerheblichen Verletzungen wird eine tiefe Wunde auf dem Scheitel bemerkt, welche anscheinend vom Stollen des Hufeisens herrührte, dessen Grösse die Wunde darbot. Die Sonde drang durch die zerschmetterte äussere Knochentafel in die Diploe und auf eine deutliche Depression, so dass eine Zersplitterung der Glastafel des Schädelgewölbes an dieser Stelle angenommen werden musste. Die Erscheinungen der *Commotio cerebri* wurden beseitigt und darauf der Kranken die Nothwendigkeit der Trepanation vorgehalten, die früh ausgeführt werden sollte, ehe, wie das oft erst nach drei, vier, sechs Wochen geschieht, die Folgen der Depressionsreizung eingetreten wären. Die Kranke ist aber nicht zur Operation zu bewegen und wird daher nach allgemeinen Regeln behandelt. Endlich am sechsten Tage entschliesst sie sich, die Operation vornehmen zu lassen. Nach gemachtem Kreuzschnitt und Seitwärtsschiebung der Knochenhaut wird mittelst der Trephine, deren Stachel gerade noch einen Stützpunkt fand, die ganze einer Schusswunde sehr ähnliche Knochenverletzung umkreist, das Stück leicht und schnell ausgebohrt und gehoben. Die Vermuthung einer Absplitterung bestätigt sich, denn unter dem ausgebohrten Stücke sass ziemlich fest durch organische Vereinigung angeheftet ein Stück der Glastafel von Fingerbreite, schräg abwärts gerichtet und noch über den Umfang des Kreises hinausragend. Eine Verletzung der harten Hirnhaut ist vorläufig wegen ihrer blutrothen Färbung nicht zu entdecken. Die Oeffnung wurde mit beöltem Charpiestern, weiterer lockerer beölter Charpie, Plumaceau und Compresse bedeckt, eine Eisblase aufgelegt.

Am 2ten Tage wird wegen der hinzugetretenen Schmerzen und der allgemeinen Gefässreaction ein Aderlass gemacht, innerlich eine Verbindung von *Nitrum* und *Natrum sulfuricum* verordnet. Am 3ten Tage: Empfindlichkeit des ganzen behaarten Theils des Kopfes mit Röthe und höckeriger Geschwulst. Auf der *dura mater* zeigt sich jetzt eine kleine Verletzung, die durch ihre Röthe auf der sonst blasseren harten Hirnhaut sich bemerkbar macht. Egel, Eisblase ferner, kühlende Ecoprotica ebenfalls. Am 4ten Tage: Vergrösserung der Schmerzen und der Hitze in der Kopfschwarte, die starke Röthung der Geschwulst erstreckt sich bis in die Glabella hinein. Tags darauf ist die Entzündung in allen ihren Erscheinungen geringer, das Allgemeinbefinden zufriedenstellend. Am 6ten Tage ist die traumatische Rose gänzlich geschwunden. Die Eisumschläge sind der Kranken kein Bedürfniss mehr (!), werden also entfernt. Am 8ten Tage zeigen sich in der Wunde, und zwar auf der *dura mater*, die ersten Granulationen; am 10ten sind diese noch weiter verbreitet, die scharfen Knochenränder beginnen sich zu runden, die Knochenwundfläche erscheint rosig gefärbt, es beginnt auch an ihr Ausschwitzung. Uebrigens allgemeines Wohlbefinden mit Appetit und Schlaf. Die reichliche gute Eiterung bedingt das Weglassen des Oelverbandes, trockene Charpie tritt an seine Stelle. Am 26sten Tage (dem 32sten der Verletzung) nach der Operation macht die Vernarbung dergestalt Fortschritte, dass die vier Strahlen der Sternwunde verharscht sind; nur über der noch immer eine starke Pulsation zeigenden, aber gänzlich mit reichlichen lockeren Granulationen bedeckten *dura mater* fehlt natürlich noch die Narbe. Leider hat es sich nicht verhindern lassen, dass der eine der vier Zipfel etwas eingewachsen ist, was die völlige Vernarbung sehr verzögern wird, und durch die in die Narbe hineinwachsenden starren Haare leicht Reizung derselben herbeiführen kann. Am 30sten Tage Oeffnung eines kleinen Abscesses in der Narbe des Hautschnittes; in seinem Grunde ist der Knochen von seiner Haut entblösst mit der Sonde zu fühlen. Die Granulationen decken die Knochenöffnung vollständig. Sonst ist das Allgemeinbefinden und der Kräftezustand gut; nur eine leichte Eingenommenheit des Kopfes mit Neigung zu Schwindel besteht noch. Auch die Schwangerschaft ist durch den operativen Eingriff und die Nachbehandlung nicht beeinträchtigt.

3. *Amputatio femoris.*

Das 24jährige Mädchen Meinert (rcp. 22. Nov. 1849) hat seit dem zwölften Lebensjahre an cariösen Geschwüren in der Nähe des Kniegelenks gelitten. Sie kommt von auswärts auf das Krankenhaus, um sich amputiren zu lassen, da die fortdauernden Schmerzen ihren Zustand auf die Dauer unerträglich gemacht haben. Das Gelenk ist fast anchylotisch; durch einen cariösen Geschwürsgang dringt die Sonde zum kranken Knochen. Am 23sten wird die Absetzung des Oberschenkels in seiner Mitte unter Anwendung von Chloroform, das seine Dienste in Etwas versagt, vorgenommen. Beide Condylen des Oberschenkels und ein Theil der Tibia fanden sich demnächst durch Caries zerstört, der grösste Theil des Gelenkapparates verjaucht. (Die Methode der Operation war die von Mynors, welche aus dem Grunde den Vorzug vor den übrigen, wo es irgend thunlich, verdient, obschon ihr die Eleganz anderer abgeht, weil die kreisförmig durchschnittenen Arterienöffnungen sich schneller und sicherer schliessen, als die schräg

durchschnittenen, und daher einmal die Operation, weil weniger Arterien spritzen, schneller beendet wird, zweitens eine Nachblutung sehr selten einzutreten pflegt, — abgesehen davon, dass sich bei ihr die isolirte Unterbindung viel leichter bewerkstelligen lässt, und der künftige Stumpf bei ihr weit mehr Haut zu seinem Polster erhalten kann. Was die Anlage der Heftpflasterstreifen betrifft, so wird stets mit Sorgfalt darauf gehalten, dass sie die den Stumpf bekleidende Haut nicht gegen den Knochenrand pressen, was so gern und so schnell Hautbrand bewirkt.)

Am 3ten Tage befindet sich die Kranke wohl, hat gar keine Schmerzen mehr empfunden, auch von dem scheinbaren Gefühl im abgetrennten Theile, bis auf eine leichte Empfindung von Eingeschlossensein des Fusses, nichts erwähnt. Am 7ten Tage erste Entfernung des Verbandes. Die Eiterung ist gutartig, nicht zu reichlich; das Wohlbefinden ist vollständig: Appetit, Schlaf, Schmerzlosigkeit vorhanden.

4. *Fractura et Luxatio clavicularum.*

Im Laufe des November wurde der 24jährige robuste Arbeitsmann Quernert (rcp. 10. October 1849) entlassen, welcher in einer Gasse von einem Wagen so gegen die Wand gepresst, dass die eine Schulter den Wagen, die andere die Mauer berührte, einen Bruch des linken und eine Verrenkung des Humeralendes des rechten Schlüsselbeins davontrug. Jedenfalls einer der selteneren Fälle, bei dem von der Anwendung eines entsprechenden Verbandes schwer die Rede sein konnte. Eine sorgfältige Lagerung des Kranken wurde der Natur als Unterstützung beigegeben und zeigte sich auch zureichend, denn der Bruch umgab sich mit tüchtigem Callus, und die Abweichung des rechten Schlüsselbeins verminderte sich von Tag zu Tag, so dass der Kranke in der vierten Woche mit normalgelagerten Theilen, um in seiner Wohnung die vollständige Festigkeit des gebrochenen Knochens abzuwarten, weggeschickt werden konnte.

Aus der chirurgischen Klinik des Geh. Medicinal-Raths Professor Dr. Jüngken zu Berlin.

Von

Dr. Bührig.

Ein Fall von schwer zu stillender Blutung nach Exstirpation einer Tonsille. Erfolgreiche Anwendung des Ergotin.

W. O., Maurer, 25 Jahr alt, von blasser Gesichtsfarbe, hatte seit Jahren an oft recidivirenden Anginen gelitten, die eine Hypertrophie der Tonsillen besonders der linken Seite zurückliessen. Bei der langen Dauer der Krankheit war an eine Zertheilung nicht zu denken, und es wurde daher am 14. Nov. zur Entfernung der linken Tonsille auf operativem Wege, nämlich zur Exstirpation derselben, geschritten. Herr Jüngken sprach bei dieser Gelegenheit über diese Operation, ihre Bedeutung als verwundendes Moment und die zweckmässigste Methode sie zu verrichten. Er empfahl sie als eine durchaus gefahr- und schmerzlose, die er sehr oft mit glücklichem Erfolge verrichtet, zur Beseitigung atonischer Hypertrophien der Tonsillen, welche dem Gebrauche der Adstringentien nicht weichen wollen. Er machte aber darauf aufmerksam, dass man niemals die ganze Tonsille exstirpiren dürfe, weil sonst bedenkliche Blutungen entstehen könnten, auch die zurückbleibende Wunde sich leicht in eine hartnäckige Ulceration verwandele. Daher sei es gerathen, stets nur zwei Drittheile der Tonsille zu entfernen, das andere Drittheil aber stehen zu lassen, da dieses während der Heilung durch den Eiterungsprocess schwindet. Auf diese Weise entgeht man den erwähnten üblen Folgen sicher. Zur Verrichtung der Operation bedient man sich besser der Muzeux'schen Hakenzange, als eines Doppelhakens, weil dieser leicht aus dem lockern und weichen Parenchym der Tonsille ausreisst, und eines Pott'schen geknöpften und gekrümmten Fistelmessers, welches vor jedem andern schneidenden Werkzeuge, namentlich aber vor der Scheere unbedingt den Vorzug verdient. Die Trennung selbst wird am zweckmässigsten mit zwei sich begegnenden Schnitten bewirkt, von denen der untere zuerst gemacht werden muss. Trennung der Tonsille mit einem Zuge ist nicht rathsam, weil dann wegen zu grosser Nachgiebigkeit des Parenchyms gegen das Ende des Schnittes ein Hautlappen stehen bleibt.

In dieser Weise nun verrichtete Herr Jüngken die Operation. Er liess von einem Gehülfen mittelst des Graef'schen, im Winkel gekrümmten Spatels die Zunge bis zur Wurzel niederdrücken, fasste mit der Muzeux'schen Hakenzange die hypertrophische Mandel, ging mit einem geknöpften und gekrümmten Pott'schen Fistelmesser, dessen Rücken der Zunge zugewandt war, unter der Tonsille weg, und führte den ersten Schnitt von unten nach oben bis zur Mittellinie der Tonsille, darauf einen zweiten von oben nach unten, der in den ersten einfiel, und entfernte hiermit schnell $^{2}/_{3}$ der ganzen Tonsille.

Zur Blutstillung liess man darauf den Kranken den Mund mit kaltem Wasser ausspülen, worauf die Blutung auf einige Stunden stand. Gegen Abend fing sie aber von Neuem an, und dauerte die Nacht durch. Es wurde daher dem Patienten am 15. ein Gurgelwasser aus *Acet. vin. c. Alum. crud. et Aq. dest.* verordnet. Aber es war ohne Erfolg, und das *stillicidium sanguinis* dauerte fort. Desshalb touchirte man am 16. die Wundfläche mit *lapis infernalis* und hemmte den Blutfluss durch den Brandschorf; sobald sich derselbe aber losgestossen hatte, erschien jener wieder. Man gab dem Patienten daher am 18. ein *Decoct. Ratanh. c. Acet. vin.* mit nicht besserem Erfolge, da die Blutung nur auf 12 Stunden verschwand, und man am 19. Morgens von Neuem durch sie überrascht wurde. Hierauf betupfte man die blutende Fläche auf eine sorgfältige und nachdrückliche Weise mit *acid. muriat. concentr.*, welches 24 Stunden lang von Nutzen war; am 20. aber wiederum ein Recidiv, abermaliges Betupfen mit demselben Acidum, wiederum Ruhe auf 24 Stunden, am 21. Wiederkehr der Hämorrhagie. Nun schritt man zur Anwendung des *ferrum candens*. Herr Jüngken chloroformirte den Kranken nicht, liess ihn auf einem Stuhle sitzen, drückte nur mit einem einfachen Mundspatel die Zunge nieder, und cauterisirte mit sicherer fester Hand die blutende Fläche auf energische Weise, sich zweier rothglühender konischer Eisen hintereinander bedienend. Die darauf folgende entzündliche Anschwellung war unbedeutend. Aber auch die Wirkung dieses kräftigen Mittels liess in Stich, denn nach 24 Stunden bei Lossstossung des Brandschorfes war auch das Recidiv da. Man verordnete darauf am 22. Morgens dem Kranken wiederum ein Gurgelwasser aus *Inf. herb. Salviae c. Acet. vin.* ohne Nutzen, am Nachmittag applicirte man eine Eisblase auf den Hals, ohne Resultat, worauf man das Ergotin, den Extractivstoff von *Secale cornutum*, mit endlich glücklichem Erfolge anwandte. Oertlich liess man auf die blutende Tonsille Charpiebäusche, die schnell hintereinander in eine *Solut. aquosa Ergot.* (℥j) ℥ij getaucht wurden, halbe Stunden lang fest andrücken, und innerlich gab man eine *Solut. Ergot. in Tinct. Cinnamomi* (℈j) ℥β und liess in der Nacht stündlich, am nächst folgenden Tage 2stündlich 20 Tropfen nehmen. Darauf stand die Blutung, nachdem der Kranke ungefähr 8 Gran Ergotin genommen hatte.

Bei diesem seltenen Falle drängte sich nun die Frage auf, welches die Ursache dieser hartnäckigen lang andauernden Blutung gewesen sei? Denn es ist bekannt, dass Blutungen bei dieser durchaus gefahrlosen Operation, wenn sie nämlich auf die oben geschilderte Weise verrichtet wird, zu den seltensten Erscheinungen gehören, und da wo sie sich zeigen, leicht durch die Anwendung adstringirender Mundspülwässer gestillt werden. Der Kranke hatte mehr den Habitus der Anämie, und weder vor noch nach der Operation konnte man Gefässerweiterung oder Gefässreichthum an der hypertrophischen Tonsille wahrnehmen. Die Wunde blutete sogar unmittelbar nach dem Schnitte wenig. Auch konnte ein siderischer Einfluss nicht angenommen werden, da nicht die Zeit des Vollmondes war.

Der Kranke selbst gab den Aufschluss, indem er erklärte: er gehöre zur Klasse der Bluter, und es sei eine Eigenthümlichkeit seines Körpers, dass selbst nach den geringfügigsten Verletzungen so heftige Blutungen einträten, dass er in Gefahr geriethe, zu verbluten. So erzählte der Kranke unter andern, dass er in diesem Frühjahr nach der Extraction eines Zahnes eine dreitägige gefahrvolle Blutung überstanden habe. — Kommen solche Fälle im Ganzen auch selten vor, so sei es doch, so schloss Herr Jüngken, der Vorsicht wegen und besonders in der Privatpraxis dringend zu empfehlen, dass sich der Arzt auch vor der Exstirpation der Tonsillen genau erkundige, ob er es nicht etwa mit einem derartigen Individuum zu thun habe; ist das Unglück aber mal geschehen, so möge er sogleich zur Anwendung des Ergotin schreiten, ohne durch den Versuch anderer Mittel Zeit zu verlieren, und die Kräfte des Kranken nutzlos zu schwächen.

Radicale Heilung eines *anus praeternaturalis.*

Bei Gelegenheit der Vorstellung einer mit einer *fistula stercoraria* behafteten Kranken stellte Herr Jüngken seinen Zuhörern in der vergangenen Woche eine Frau vor, die an einem *anus praeternaturalis* gelitten hatte und vor einiger Zeit aus der Klinik als geheilt entlassen worden war. Da dieser Fall einerseits von grosser Wichtigkeit ist, andererseits der günstige Erfolg der Kur wiederum einen Beweis von der Zweckmässigkeit der Dupuytren'schen Darmscheere bietet, so sei es uns erlaubt, im Folgenden ihn ausführlicher zu besprechen.

L. H., Wittwe eines Victualienhändlers, 52 Jahr alt, hatte seit vielen Jahren an einem adhärenten Cruralbruch auf der rechten Seite

gelitten, als sie sich vier Wochen vor ihrer Aufnahme in das Charitékrankenhaus beim Heben schwerer Lasten eine Incarceration der adhärenten Darmschlinge zuzog. Sie wurde vernachlässigt und das vorliegende Darmstück brandig, so dass dem hinzugerufenen Arzte nichts Anderes übrig blieb, als durch eine Incision die Brandjauche zu entleeren und durch Cataplasmata die Abstossung des Brandigen zu befördern. Dies gelang, die Kranke wurde erhalten, aber es blieb ein *anus praeternaturalis* zurück, aus dem sich der Koth entleerte, der die Umgegend corrodirte und bei seinem Abgange der Kranken viele Schmerzen verursachte. Dabei magerte aber die Kranke sichtlich ab, verlor den Appetit ganz und gar und brachte die Nächte schlaflos zu. Bei der am 3. April d. J. angestellten Untersuchung fand man in der *regio inguinalis dextra* in der Gegend des Schenkelringes unterhalb des *ligament. Poupartii* eine etwa thalergrosse, blauröthliche, unebene, von degenerirter Schleimhaut überzogene, in fortdauernder peristaltischer Bewegung und von oben nach unten undulirende Geschwulst, in der man eine obere und untere Oeffnung unterschied, durch welche man mit dicken elastischen Kathetern bequem in das Abdomen eindringen konnte, so zwar, dass die eingeführten Instrumente sich kreuzten und eine Scheidewand von ziemlicher Stärke zwischen sich liessen. Diese Scheidewand war auch mit den in die Oeffnungen eingeführten Fingern sehr deutlich zu fühlen, und ihre Lamellen gingen nach innen zu aus einander, während sie nach aussen, nach vorn sich dicht an einander legten. Die Einführung der Sonden wie der Finger war der Patientin ausserordentlich schmerzhaft. Aus der oberen Oeffnung ergoss sich von Zeit zu Zeit spontan oder beim Druck auf den Unterleib bald in einem Strome, bald in einem förmlichen Strahle eine gelbe, flockige, dünne, stinkende Fäcalflüssigkeit in grösserer oder geringerer Menge. Aus der unteren Oeffnung, so wie aus dem natürlichen After fand nicht die geringste Kothentleerung statt, dass aber dieser mit jener Oeffnung in Verbindung stand, wurde daraus ersichtlich, dass eine mit *syrup. mororum* gefärbte und in die Oeffnung eingespritzte Flüssigkeit unverändert durch den Anus nach etwa 36 Stunden wieder abging. Daraus nun ging hervor, dass ein oberes und unteres Darmende in der Wunde vorlag. Die Umgegend des *anus praeternaturalis* war in ziemlich weiter Ausdehnung angeschwollen, bläulichroth von dem überfliessenden Kothe excoriirt, sehr schmerzhaft und empfindlich. Der Bauch war wenig aufgetrieben, weich, frei von Schmerz, die Intestina zuweilen stark von Gas aufgetrieben, und durch die dünnen Bauchdecken deutlich durchzufühlen. Die Zunge war sehr wenig belegt, der Geschmack rein, aber der Appetit mässig, und häufige Kolikschmerzen und Schlaflosigkeit quälten die Kranke.

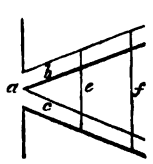
Nachdem die möglichst sorgfältige Reinigung beobachtet, das Wundsein in der Umgegend durch *Aqua saturnina*, später mit *Ung. saturn.* gebessert, und dadurch eine erhebliche Erleichterung der Schmerzen herbeigeführt, die zeitweiligen Gasanhäufungen im Darme durch *Pulv. aërophor. c. Elaeosacch. Menth.* beseitigt, die Beschwerden der Patientin überhaupt in dieser Weise entschieden ermässigt waren, der Schlaf wiedergekehrt und die Erholung der Kranken allmälig fortgeschritten war, wurde am 24. April zur Erfüllung der ersten Indication, d. h. zur Wiederherstellung der Communication zwischen dem oberen und unteren Darmende durch Trennung der beiden verwachsenen Darmwandungen (Scheidewand) mittelst der Dupuytren'schen Darmscheere geschritten.

Während die Kranke auf dem Rücken lag, führte Herr Jüngken ein Blatt der Scheere in das eine Darmstück aus freier Hand, da es mit Hülfe des vorgeschobenen Zeigefingers nicht anging, liess es sodann von einem Assistenten halten, und führte sodann das zweite Blatt in die Höhle des anderen Darmendes ein. Beide Scheerenblätter wurden zweckmässig weit vorgeschoben, zusammengefügt, die Schraube angezogen, so dass die von den Branchen der Scheere gefassten Darmwände eingeklemmt wurden. Aeusserlich wurde sodann die Scheere durch Heftpflaster befestigt. Täglich oder alle zwei Tage wurde der Druck durch Umdrehen der Schraube verstärkt, weil die Scheere sonst locker geworden wäre. Der Schmerz war sehr unbedeutend, die Reaction gering, so dass sich Patientin im Uebrigen wohl dabei befand. So blieb die Darmscheere bis zum 3. Mai, also 10 Tage, liegen. Die Kranke blieb während dieser Zeit ruhig auf dem Rücken im Bette liegen, die Ausleerung wurde durch Einspritzen schleimiger Flüssigkeiten befördert, und die Nahrungsmittel dünn und sparsam gegeben. An dem genannten Tage hatte die Scheere die eingeklemmte Scheidewand zum Theil durchschnitten und die zunächst liegenden Darmstücke waren durch adhäsive Entzündung mit einander verwachsen. Der Kranken wurde nun eine Oelemulsion gereicht, die Oeffnung des *anus praeternaturalis* mit einem abschliessenden Verbande bedeckt und gegen Abend hatte die Kranke die Freude, eine ziemlich copiöse, aber noch dünnflüssige Entleerung durch ihren natürlichen After zu haben.

Am 4ten wurde die Oeffnung durch einen Tampon geschlossen und zu seiner Befestigung eine *spica coxae anterior* angelegt; ausserdem wurden der Patientin täglich 1—2 Klystiere applicirt aus Milch und Honig. Trotz der Spica hatten sich am 7ten wässrige dünne Fäcalmassen durch den *anus praeternaturalis* vorgedrängt und bei weiterer Untersuchung ergab sich, dass die Scheidewand in ihrer ganzen Ausdehnung noch nicht getrennt war. Aus diesem Grunde wurde am Abend des letztgenannten Tages die Dupuytren'sche Darmscheere von neuem angelegt. In Folge der Operation stellten sich dieses Mal heftige Schmerzen ein, welche der Kranken für die folgende Nacht den Schlaf gänzlich raubten, doch legten sich schon am folgenden Tage dieselben ganz; eine allgemeine Reaction hatte nicht stattgefunden. So blieb die Scheere bis zum 11ten liegen und wurde unter Schmerzen herausgezogen. Jetzt war die Scheidewand vollständig getrennt, die Communication zwischen dem obern und untern Darmende hergestellt, und somit der *anus praeternaturalis* in eine *fistula stercoraria* verwandelt, denn jetzt entleerte sich ein Theil der Fäces durch den natürlichen After, ein anderer durch die falsche Oeffnung, während bei dem *anus praeternaturalis* die ganze Kothmasse nur aus der vordern, d. h. widernatürlichen Oeffnung hervortreten konnte. Die nächste und letzte Indication war nun auch diese *fistula stercoraria* zur Schliessung zu bringen, und man versuchte daher wieder die Oeffnung durch einen Tampon und eine darüber angelegte *spica anterior* zu schliessen. Die Clysmata aus Milch und Honig wurden fortgesetzt, und hatten Entleerungen schleimiger Massen durch den natürlichen After zur Folge, bis am 15ten zum ersten Male eine reichliche geformte und knollige Entleerung nach einem Clysma durch den natürlichen Anus eintrat. Diese Fäcalentleerungen wiederholten sich, und als Folge davon nahmen die durch die falsche Oeffnung immer mehr und mehr ab. Die Umgegend der Fistel war bis zum 15ten noch sehr geröthet, corrodirt, schmerzhaft, aber auch diese Erscheinungen nahmen beim Gebrauch der *Aq. saturn.* bis zum 21sten um ein bedeutendes ab. Vom 25sten an gingen Fäcalmassen auch ohne Clysmata durch den *anus naturalis* ab. Da nun der grösste Theil der Fäces durch den natürlichen After abging, so wurde die Vernarbung der Fistelöffnung durch dreiste Cauterisation mit dem *ferrum candens* am 26sten zum ersten Male befördert und zwar unter Anwendung des Chloroforms. Das Befinden der Kranken nach dieser Operation war nicht getrübt, Schmerzhaftigkeit des Abdomen gar nicht vorhanden. Am 28sten hatte sich der Brandschorf losgestossen, und eine bessere Granulation begann. Man verband darauf die Fistelöffnung mit *Ung. basilicum*, legte ein trocknes Plumaceau und Compresse darauf und verschloss sie mit einem etwas fest anliegenden Bruchband, doch erzeugte letzteres viele Schmerzen. Die Vernarbung schritt aber bald wieder sehr langsam fort, so dass am 9. Juni zur abermaligen Application desselben Cauterium geschritten wurde, worauf nach Abstossung des Brandschorfs derselbe Druckverband in Anwendung kam. In Folge davon vernarbte die Oeffnung innerhalb des genannten Monats immer mehr und mehr, so dass fast sämmtliche Fäces durch den *anus naturalis* abgingen. Das Wundsein um die Fistelöffnung war durch Umschläge mit einem *Inf. herb. digital.* (℥β) Pfd. j und Bleiwasser ebenfalls fast zur vollständigen Verheilung gebracht worden. In den letzten Tagen des Monats fing man an, die Fistelränder mit *argentum nitr. fus.* zu touchiren, und einen ganz einfachen Verband zu machen. Bei dieser Behandlung hatte sich am 10. Juli die Oeffnung vollständig geschlossen, so dass mehrere Tage lang kein Koth mehr ausfloss, als darauf die Fistel plötzlich wieder aufbrach und einige Zeit hindurch eine etwas flüssige Fäcalmasse daraus entleert wurde. Doch zur Freude der Kranken kam die Vernarbung bald wieder zu Stande, so dass am 26. Juli 1849 die Patientin aus der Heilanstalt entlassen wurde.

In vergangener Woche nun wurde die geheilte Kranke wieder vorgestellt. Sie hatte ein ganz anderes Aussehn bekommen. Sie, die damals abgemagert und cachektisch aussah, war frisch, wohlgenährt. In *inguine dextra* sah man eine grosse Narbe, um die herum die Haut sehr contrahirt erschien. Eine grosse Spannung fand an der betreffenden Seite des Abdomen und der rechten Thoraxhälfte statt, so dass die Kranke nur unter dem Gefühl der Spannung den rechten Arm und zwar nur unvollkommen in die Höhe heben konnte, wesshalb ihr, zur Beseitigung dieser Beschwerde, ölige Einreibungen in die betreffende Seite und das Tragen eines Bruchbandes empfohlen wurden.

Schliesslich machte Herr Jüngken die Bemerkung, dass der glückliche Erfolg der Kur hauptsächlich dem Umstande zugeschrieben werden müsse, dass er bei Anwendung der Darmscheere nicht auf einmal eine zu grosse Parthie der die Scheidewand bildenden Darmwände zu trennen versucht habe. Wäre in folgender Figur *a* die Oeffnung des *anus praeternaturalis*, von dem das obere und untere Darmende *b* und *c* ausginge, so wäre daraus ersichtlich, dass nur die vorderen Enden der Darmwände mit einander verwachsen sind und dicht aneinander liegen, die Fortsetzungen derselben sich aber im weiteren Verlaufe von einander entfernen. Würde man nun bei der



Operation die Darmscheerenbranchen auf einmal zu weit, etwa bis *f* einführen, so würde durch das Zusammenfügen derselben die Spannung der Intestina zu gross, die nachfolgende Entzündung zu heftig, und ausgebreitete Enteritis und Suppuration der zu trennenden Darmwände, mit Kothergüss in die Bauchhöhle, der traurige Ausgang sein. Wenn man dagegen die Operation zu wiederholten Malen ausführe, und anfangs die Blätter auf eine mässig weite Strecke etwa bis *e* in die Darmhöhlen einlege, und erst später nach erfolgter Conglutination dieser Darmparthien bis *f*, so vermeide man jenen obigen Uebelstand, die Zerrung der Darmwände wäre eine geringe, die Reaktion eine mässige, eine adhäsive Entzündung und somit das Zustandekommen einer Verwachsung der serösen Darmflächen bei weitem sicherer.

Original-Abhandlungen.

Fragmente zur Aufstellung von Grundregeln für die operative Plastik.

Von

Professor Dr. B. Langenbeck.

(Fortsetzung.)

Regeln für die operative Technik der plastischen Chirurgie.

Die chirurgische Plastik stützt sich auf zwei generelle Operationsverfahren, welche freilich in mannichfacher Weise modificirt, und häufig mit einander combinirt angewandt werden müssen. Diese sind:

I. Die Ueberpflanzung eines mehr oder weniger gestielten Ersatzlappens von einem nahe oder ferner gelegenen Körpertheil auf den Substanzverlust.

II. Die Verdeckung und Ersetzung des Substanzverlustes durch Haut, welche aus der nächsten Umgebung gewonnen, abgelöst und über den Substanzverlust hinweggezogen wird.

Dem ersten Verfahren, der Transplantation gestielter Hautlappen gehört die indische, italienische (Tagliacozzi's) und deutsche (v. Graefe's) Methode der Nasenbildung an.

Das zweite Verfahren, der Ersatz durch Hautverziehung in seiner allgemeinsten Bedeutung und vielfacher Anwendung bei den verschiedenartigsten plastischen Operationen, ist unbestritten eine Erfindung Dieffenbach's, und würde allein ausreichen um seinem Namen die Unsterblichkeit zu sichern. Denn wenn es auch unzweifelhaft ist, dass Celsus *(Medicinae lib. VII. Cap. IX.)* die Restitution zerstörter Theile des Gesichts durch Hautverziehung schon kannte, ja dass selbst die seitlichen Einschnitte von ihm angewandt wurden um die verzogenen Hauttheile noch dehnbarer zu machen, so genügt doch ein flüchtiger Blick auf die spätere Geschichte der Chirurgie, um sich zu überzeugen, dass die eigentliche Bedeutung dieses Verfahrens den Chirurgen vor Dieffenbach völlig fremd geblieben war.

Wenn die Franzosen sich darin gefallen, diese Methode die französische zu nennen, weil Franco einmal einen Substanzverlust der Wange nach derselben restituirt haben soll, so ist dagegen zu sagen, dass die Ausführung einer Operation, und die Gründung eines allgemeinen Verfahrens auf bestimmten physiologischen Principien, zwei sehr verschiedene Dinge sind, und dass, wie ich aus eigener Anschauung versichern kann, zu einer Zeit wo Dieffenbach's Verfahren bereits den Höhepunkt seiner Entwickelung erreicht hatte, in Frankreich von einer rationellen operativen Plastik noch nicht die Rede war.

Die *méthode autoplastique par glissement du lambeau* und die *méthode par renversement*, wie Jobert sie zu nennen beliebt, bilden einen integrirenden Theil des Dieffenbach'schen Verfahrens. Beide sind an der Spree, nicht an der Seine geboren.

Es kann hier nicht meine Absicht sein jene beiden allgemeinen Verfahren in ihrer Ausführung zu schildern; es handelt sich vielmehr nur um Aufstellung der Principien, auf welche dieselben zurückgeführt werden können.

1. Von der Grösse des Ersatzlappens.

Der zu überpflanzende Hauttheil muss eine gewisse Ausdehnung haben, und diese darf über ein gewisses Minimum niemals hinausgehn. Wollte man z. B. zur Verschliessung kleiner Oeffnungen in der Nasenwurzel, oder schmaler Defecte der Augenlider, Nasenflügel u. s. w., Hautlappen aus der Stirn- oder Schläfenhaut transplantiren, und dieselben so schmal bilden, dass sie nach erfolgter Zusammenziehung gerade ausreichen würden um den Substanzverlust auszufüllen, so würde man leicht ein Absterben des Lappens zu beklagen haben. Wie klein der zu ersetzende Substanzverlust immer sein mag, so darf der zu überpflanzende Ersatzlappen nicht unter 4‴ breit sein. Ist die Haut, aus welcher er entnommen, dünn und sehr contractil, wie z. B. die Haut der Schläfe, so muss dem erfolgenden Einschrumpfen des Lappens noch Rechnung getragen und derselbe um einige Linien breiter gebildet werden. In allen Fällen, wo es sich um den Ersatz kleiner Hautdefecte handelt, wird man diese also nicht durch Transplantation gestielter Lappen, sondern durch Heranziehen der angränzenden Hauttheile, oder durch seitliche Verlegung, wie bei der Blepharoplastik, auszufüllen streben.

Ein sehr wichtiger Theil des Ersatzlappens ist die Hautbrücke, *nutrix*, und auf ihre Herstellung muss die grösste Sorgfalt verwandt werden. Bei der Transplantation von Hautlappen aus dem Arm kann man, nach dem Vorbilde von Tagliacozzi und v. Graefe, die Brücke ebenso breit wie den Ersatzlappen construiren; nimmt man aber den Ersatzlappen aus irgend einem Theil des Gesichts, so wird jene in der Regel bedeutend schmäler ausfallen müssen. Das Minimum der Breite, bei der die Brücke den Hautlappen noch zu ernähren vermag, kennen wir nicht, und es steht uns nicht zu darüber directe Versuche anzustellen, weil bei eingetretener Gangrän ein zweiter Ersatzlappen von derselben Güte selten zu erreichen ist. Bei den von mir gemachten Nasenbildungen aus der Stirnhaut betrug die geringste Breite der Hautbrücke 4½‴, die grösste 7‴, die durchschnittliche Breite 6‴. Ich zweifle nicht dass man dieselbe ohne Gefahr auf 4‴ würde reduciren können, wenn die Lokalität diese Beschränkung gebieten sollte. Es muss jedoch bemerkt werden, dass die Haut in der Gegend der Nasenwurzel besonders derb und lebenskräftig ist, und dass es kaum eine andere Hautgegend geben dürfte, welche die Bildung einer so schmalen Ernährungsbrücke zuliesse.

2. Von der Form des Ersatzlappens.

Dieselbe muss möglichst einfach, aber dennoch der Gestalt des zu ersetzenden Defects sorgfältig angepasst sein. In dieser letztern Beziehung weiche ich von den Vorschriften Dieffenbach's bedeutend ab. Dieffenbach verlangt die grösste Einfachheit in der Form des Ersatzlappens, z. B. ein einfaches Dreieck zur Wiederherstellung der Nase. Wenn ich auch gern zugestehe, dass zu viele Künsteleien das Gelingen einer plastischen Operation leicht gefährden, so habe ich doch die Ueberzeugung gewonnen, dass die ferneren Fortschritte in der plastischen Chirurgie, und namentlich in der Rhinoplastik vorzüglich dadurch bedingt sind, dass wir es lernen die Form und Grösse des Ersatzlappens der des Substanzverlustes auf das Genauste anzupassen. Denn wenn wir den Grad der Zusammenziehung oder der Aufwulstung kennen, den ein transplantirter Hauttheil im Laufe der Zeit erfährt, und den Grad der Spannung, den die Haut ohne Nachtheil verträgt, so werden Form und Grösse der Ersatzlappen der Idee des neu zu bildenden Theils angepasst werden können.

Wenn es also keine absolute Form für die Ersatzlappen giebt, so ist doch darauf zu sehn, dass die Spitzen, in welche derselbe ausläuft, und die sich nicht immer ganz vermeiden lassen, sich einem rechtwinklichen Dreieck möglichst nähern. Die lang auslaufenden Hautspitzen sind wegen der leicht eintretenden Gangrän zu verwerfen.

3. Anfügung des Ersatzlappens an den Substanzverlust.

Der Ersatzlappen ist so zu verwenden, dass seine Ränder und Wundfläche in möglichst grosser Ausdehnung mit Wundrändern und Wundfläche des Stumpfs, oder verstümmelten Theils in Berührung und feste Verbindung gebracht werden können.

Hieraus ergiebt sich die wichtige Regel, die Narbe des zu ersetzenden Defects in ihrer ganzen Ausdehnung abzutragen. Bei Zerstörungen der Nasenspitze z. B. ist es nicht ausreichend, bloss die Ränder des Stumpfs zu verwunden und den Ersatzlappen mit ihnen zusammenzuheften, es muss vielmehr die ganze mit dem Ersatzlappen zu bedeckende Narbenfläche des Nasenstumpfs vorher sorgfältigst abgetragen werden.

Diese Anfrischung der Narbe ist mit möglichster Schonung der noch vorhandenen gesunden Reste des verstümmelten Theils vorzunehmen. Vor allen gilt dieses von den Verlängerungen und freien Rändern der Gesichtshaut, dem Lippensaum, den Augenliderrändern und den Nasenflügeln. Diese Theile lassen sich in der ursprünglichen Feinheit und Schärfe niemals wieder herstellen, und müssen daher sorgfältigst erhalten werden, wenn auch nur noch Reste von ihnen vorhanden sein sollten. In zwei Fällen, wo die ganze knorpelige Nase zerstört war bis auf sehr schmale Reste der freien Ränder der Nasenflügel, habe ich diese wund gemacht und mit dem aus der Stirn transplantirten Hautlappen durch feine Suturen vereinigt, so dass die feinen Contouren

der Nasenlöcher auf das vollständigste wieder hergestellt wurden. Ebenso habe ich in einigen Fällen von Blepharoplastik den dünnen Tarsalrand des zerstörten Augenlides erhalten und mit demselben das neue Augenlid übersäumt, so dass dieses nach erfolgter Heilung in seiner ganzen Länge mit Augenwimpern besetzt war.

Sollen langstielige Ersatzlappen transplantirt werden, wie bei der Nasenbildung aus der Stirnhaut, so ist die ganze Gegend wund zu machen, die der umgelagerte Ersatzlappen zu durchlaufen hat. Es genügt also bei Verstümmelung der Nasenspitze nicht bloss den Nasenstumpf anzufrischen, wie die indischen Koomas es thaten, sondern der Schnitt muss über den gesunden Nasenrücken fortgeführt, die diesen bedeckenden Weichtheile müssen ganz zur Seite präparirt werden, damit auch die Brücke des Ersatzlappens mit einer wunden Fläche in Berührung komme.

Wird ein transplantirter Hautlappen nur mit Wundrändern des Stumpfs vereinigt, seine wunde Fläche dagegen auf die nicht angefrischte, mit Epidermis bedeckte Narbenfläche aufgelegt, so erleidet der Lappen mit der Zeit eine höchst unangenehme Formveränderung, indem er sich verdickt und von der Narbenfläche, mit welcher er nicht sofort verwachsen kann, sich vollständig abhebt.

Die Ränder des Ersatzlappens müssen mit den Wundrändern des Stumpfs auf das genaueste vereinigt werden. Zur Erzielung sehr feiner Narben ist es nothwendig dass die Wundränder sofort an allen Punkten in die genauste Berührung gebracht werden, und dieses erreicht man nur durch sehr dicht angelegte Nähte, und durch Ablösung der Ränder des Defects von ihrer Unterlage. Wollte man die Ränder des Ersatzlappens mit den nicht abgelösten Rändern des Defects vereinigen, so würden diese von jenen stets überragt werden, und die beiden Ränder auch nach erfolgter unmittelbarer Heilung der Wunde nicht im Niveau stehn. Löst man dagegen die Ränder des Defects, z. B. des Nasenstumpfs 1—2‴ weit von ihrer Unterlage ab, so lassen sich beide Wundränder in die innigste Berührung bringen.

Die Vereinigung der Wundränder bewirke ich stets durch sehr fest und dicht angelegte Suturen. Wo Insectennadeln und die umschlungene Naht angelegt werden können, ziehe ich diese im Allgemeinen vor, weil durch sie die Hautränder zugleich vollkommen unbeweglich gestellt werden; an vertieften Hautstellen aber, z. B. in der Gegend der Augenwinkel, der Nasenflügel u. s. f., wo die Insectennadeln Druck und Zerrung veranlassen würden, verdienen die Knotennähte den Vorzug. In der Mehrzahl der Fälle verbinde ich beide Nähte mit einander, so dass zwischen zwei umschlungenen Nähten ein Fadenheft zu liegen kommt.

Diese so fest und dicht angelegten Suturen, dass sie die Wundränder in einander treiben, und zwischen den einzelnen Nähten kaum 1‴ Zwischenraum bleibt, wende ich erst seit Entdeckung des Collodium an, welches bei plastischen Operationen in der That grossartige Vortheile bietet. An dem folgenden Tage, 16—18 Stunden nach der Operation, in einzelnen Fällen selbst schon 8—10 Stunden nach derselben entferne ich alle Suturen. Nachdem die Baumwollenfäden mit Collodium genau bestrichen und dadurch mit den Wundrändern fest verklebt worden, ziehe ich zuerst alle Insectennadeln aus. Die mit Collodium getränkten Fadentouren bleiben dabei unverrückt in ihrer Lage und halten die Wundränder gleich festen Klammern in der innigsten Berührung. Sodann entferne ich mit Vorsicht die Knotennähte. Jede entfernte Knotennaht ersetze ich sofort durch einen schmalen Streifen englischen Pflasters, der, sobald er auf der Wunde festgeklebt ist, mit Collodium ganz überstrichen wird. Auf diese Weise behalten die Wundränder nach Entfernung aller Suturen einen vollkommen festen, gleichmässig comprimirenden Verband, der sich erst nach 8—10 Tagen von selbst ablöst, und eine kaum sichtbare Narbe zu Tage fördert. Die Heilung grosser Wunden, z. B. nach totaler Rhinoplastik erfolgt bei Anwendung des Collodium ohne alle Entzündung und Eiterung, und man vermeidet die sonst bisweilen durch die länger liegenden Nähte erregte phlegmonöse Entzündung der Gesichtshaut ganz.

Hat man Hauttheile durch Suturen vereinigt welche Bewegungen und Zerrungen ausgesetzt sind, wie z. B. die Nasenflügel, die mit der Oberlippe vereinigte Nasenscheidewand, die Mundwinkel, so ist es rathsam die diese Theile zusammenhaltenden Nähte nicht so früh zu entfernen, weil die Collodiumschicht bei der steten Beweglichkeit dieser Theile sich ablösen kann. Nach plastischen Operationen bei Männern, wo mit Barthaar bewachsene Hauttheile vereinigt werden, dürfen die den Verband der Wundränder hauptsächlich erhaltenden Nähte ebenfalls nicht so früh entfernt werden, weil das nachwachsende Barthaar die Collodiumschicht abhebt.

(Fortsetzung folgt.)

Metastase nach der Radicaloperation der Hydrocele.

Von

Sanitätsrath Dr. Schindler in Greiffenberg. *)

Der Vortrag Rust's bei der Naturforscher-Versammlung in Breslau: „Ueber einige örtliche Krankheiten, welche keine örtlichen Krankheiten sind“ machte seiner Zeit vieles Aufsehen, verrückte aber den Standpunkt der chirurgischen Operationen als Heilmittel so vollkommen, dass alle messerscheuen Aerzte sich hinter demselben verschanzten, um ihre Furcht vor dem Messer mit einem wissenschaftlichen Deckmantel zu umhüllen. Jedenfalls sind die Rust'schen Bedenken nicht geeignet, das Feld der operativen Kunsthülfe in jene engen Grenzen einzuengen, wie man es, auf seine Aussagen gestützt, gethan hat und insbesondere entbehren auch seine Behauptungen der erfahrungsmässigen Begründung. Wohl mag es hier und da vorgekommen sein, dass der Exstirpation einer Balggeschwulst der Tod, ein heftiger Kopfschmerz, Brustwassersucht u. s. w. gefolgt ist; in den Schriften der Chirurgen sieht man sich aber vergebens nach hinreichend constatirten Fällen um, wohl aber hat Einer dem Andern seit Paracelsus es nachgeschrieben, dass die Operation von Balggeschwülsten oft gefährlich sei. Rust hat auch der Radicaloperation der Hydrocele nachgesagt, dass sie oft lebensgefährliche Metastasen bewirke und besser unterbliebe, aber auch für diese Behauptung ist er uns den Nachweis der Erfahrung schuldig geblieben, und vergebens sehen wir uns in den Schriften der Chirurgie nach solchen Fällen um. Ich habe eine grosse Anzahl von Hydrocelen meist durch den Schnitt, weniger durch die Injection radical beseitiget und die Operirten befinden sich vollkommen wohl oder starben nach langen Jahren an Krankheiten, welche mit der durch die Operation beseitigten gewiss in keinem Causalverhältnisse standen; nur in einem einzigen Falle folgte eine Metastase und je seltener der Fall sein mag, um so eher ist seine Mittheilung gerechtfertiget.

Ich operirte im Jahre 1833 einen gesunden robusten kräftigen Mann von einigen zwanzig Jahren an einer Hydrocele durch den Schnitt; die Entzündung des Hoden war ziemlich bedeutend; in der zweiten Woche bildete sich ein Abscess am untern Theile des Scrotum. Hierauf ging Alles gut und die Heilung war beinahe beendet, als sich, wahrscheinlich in Folge einer Erkältung, Schmerzen im linken Beine einstellten und in der kurzen Zeit einer halben Stunde die ganze Extremität einen ungeheuern Umfang erlangte. Die Extremität bot das *Bild* einer *phlegmasia alba dolens* dar, nur war die Farbe der Haut nicht weiss, sondern blau, wie ich diess nur noch einmal bei einer Phlegmasie im Wochenbette gesehen habe. Die entzündeten Lymphgefässe fühlte man in schmerzhaften Strängen. Das Fieber war nicht sehr bedeutend. Unter der Anwendung diaphoretischer Mittel, trockner Wärme, grosser Vesicantien liess die Geschwulst binnen 14 Tagen nach, nur die Wade blieb noch etwas gespannt. Aber der Mann war nicht hergestellt; es stellten sich convulsivische Zuckungen in den Extremitäten und vorübergehende Anfälle von Trismus ein und es dauerte über ein halbes Jahr, ehe der Mann seine frühere Gesundheit wieder erhielt.

War dieser Krankheitszustand aber wirklich die Folge der Operation oder war er nur zufällig?

Ich habe mich durch diesen Fall nicht abhalten lassen, alle später sich mir präsentirenden Hydrocelen zu operiren und ich habe es nicht zu bereuen gehabt. Das wiederholte Punktiren bei dem steten Wiederkehren der Geschwulst ist etwas sehr lästiges und die auf diese Weise Behandelten unterwarfen sich sehr gern der Radicaloperation. Zwei Mal habe ich indess zufällig das Vergnügen gehabt, durch die Punktion radical zu heilen. Das eine Mal war ein Blutgefäss des Saamenstranges verletzt worden, es erfolgte eine grosse Hämatocele; sie wich indess einem einfachen Verfahren durch Arnikaumschläge; das Blut wurde resorbirt aber die Hydrocele blieb geheilt. Wahrscheinlich hatte die Fibrine eine künstliche Vereinigung des Hoden mit seiner Hülle bewirkt. Vielleicht wäre frisches Blut ein geeignetes Mittel zur Injection, um eine Radicalkur der Hydrocele zu bewirken, und zweckmässiger als Jodtinctur. In einem zweiten Falle ging der Punktirte mehrere Meilen weit und trank unterwegs stark; er bekam eine ungeheure, nicht beabsichtigte Hodenentzündung, welche ihn vier Wochen lang ans Bett fesselte und durch ungeheure Schmerzen peinigte. Allerdings würde er auch radical geheilt, gegen seinen Willen, aber er wäre bei einer absichtlichen Radicaloperation bei weitem leichter zum Ziele gekommen. Nur bei sehr hoch Bejahrten und besonders bei solchen, die die Wasseransammlung schon seit langen Jahren trugen, habe ich mich mit der Palliativoperation begnügt.

*) Indem wir dem geehrten Herrn Verfasser für die erste Antwort auf unsere neuliche Anfrage (s. deutsche Klinik No. 4) danken, fordern wir wiederholt auf, uns etwaige Belege für die nachtheilige Wirkung der Radicalkur der Hydrocele auf den Organismus einzusenden. Göschen.

Miscellen.

Ueber die äusserliche Anwendung der Jodtinctur.

Der Dissertation des Dr. Oschwald*) entnehmen wir folgende Mittheilungen über die äusserliche Anwendung der Jodtinctur. Die Jodtinctur wird von Prof. Demme in Bern so häufig in Anwendung gezogen, dass ihre Application, namentlich beim Fingerwurm, bereits in's Publicum übergegangen ist. Oschwald, in Prag methodisch gegen die *sacra materia medica* misstrauisch gemacht, sah anfänglich auch der Anwendung dieses Heilmittels misstrauisch zu, bis ihn die eigene Anschauung von seiner Trefflichkeit überzeugte. Demme benutzt zwei Sorten der Tinctur, die gewöhnliche officinelle mit 48 Gr. Jod auf die Unze, nur für zarte Hautorgane und sehr selten, am häufigsten eine zweite, die 60—65 Gr. auf eine Unze Weingeist enthält. Der gewöhnliche *Spiritus vini alcohol.* der Officinen löst blos 48 Gr. Jod mit Noth auf, es muss daher ein fast wasserfreier, wenigstens 96—98° haltiger Weingeist gewählt werden, um 1 Drch. und mehr reines Jod aufzunehmen und die *Tinct. fortior* darzustellen. Die Jodtinctur wird auf die relativ oder absolut gesunde, aber auch erkrankte Haut über der pathologisch veränderten Stelle mit einem gewöhnlichen starken Malerpinsel von Kameel- oder Hasenhaaren aufgetragen, so dass immer noch 2—3 Linien des Gesunden mit bestrichen werden; man darf kühn und ohne Schaden die grössten Flächen damit überziehen. Man gebraucht den Pinsel so lange, bis nach Umständen ein brauner (leichter) oder bläulich schwarzer (intensiver) Jodineüberzug entstanden ist. Die Stelle wird nicht bedeckt, sondern bis zu gänzlicher Eintrocknung der Luft ausgesetzt; will man sie später besonders schützen, so darf es nur ganz leicht mit Leinwand oder Baumwolle geschehen, weil sonst Vesication eintreten kann. Ohne Nachtheil kann man dann noch kalte oder warme Ueberschläge von Goulard'schem Wasser über die bestricheme Stelle anordnen. Bei chronischen Zuständen wiederholt man die Bepinselung den zweiten bis dritten Tag, bei acuten wendet man sie täglich ein, zwei auch drei Mal an. Die Reizbarkeit der Haut und die relative Empfindlichkeit des Kranken gegen Jod werden in jedem einzelnen Falle das Verfahren des Arztes bestimmen.

Am ausgezeichnetsten wirkt die Jodtinctur bei allen Entzündungen, deren Ausgang gewöhnlich oder auch nur ausnahmsweise Eiterung ist, so wie gegen plastische und hämorrhagische Exsudate und Extravasate; weniger günstig wirkt sie serösem Ergusse entgegen. Wenn auch kein Stadium der Entzündung sie contraindicirt, so wirkt sie doch am besten *in stadio suppurationis*. Verfasser geht nun die einzelnen Zustände in denen die Jodtinctur von Demme benutst wird, durch.

1) Hautentzündungen. Es ist einerlei, ob diese durch Trauma, Verbrennung, Erfrierung oder chemische Agentien entstanden sind. Besonders zu empfehlen ist das Mittel bei *Erysipelas verum* und *Pseudoerysipelas*, mag dasselbe im ersten Stadium sich befinden, oder bereits drohen in Gangrän überzugehen. Das Erysipel, das so häufig die erste Vereinigung von Wunden zu stören droht, weicht der Jodtinctur äusserst schnell, und Verfasser sah so bei schon stattfindender Suppuration noch Heilung *p. prim. intent.* Ausserordentliche Dienste leistet sie ferner bei Pernionen, bei denen Demme übrigens auch häufig eine Salbe von ʒj Jodblei auf ʒj Fett (zwei Mal täglich mandelgross eingerieben) anwendet, auch wohl ihr mit Vortheil 4 Gran Veratrin beigiebt. Nicht ohne Nutzen zog man auch gegen lockere, schwammige Granulationen, scrophulöse und atonische Geschwüre, kleinere Teleangiectasien, die Jodtinctur in Anwendung und machte nebenbei die Erfahrung, dass sie den Haarwuchs nach *Tinea capitis* und andern Krankheiten, die Alopecie bedingen, wesentlich fördert.

2) Subcutane Schusskanäle und Lappenwunden. Einem Scharfschützen drang eine Stutzenkugel in die Mitte des Oberschenkels ein, verlief 4 Zoll weit unter der Haut, und verliess das Glied wieder mit einer bedeutend aufgeworfenen Ausschussöffnung. Nachdem sich der Schusskanal durch achttägige Eiterung von Kleidungsresten gesäubert hatte, wurde ganz linear zwei Mal Jodtinctur auf die Haut über ihm gestrichen, und so in zwei Tagen die Vereinigung herbeigeführt. Eine fast 80jährige Frau riss sich lappenförmig die ganze Haut von der Glabella, so dass sie über die Nase herabhing. Es waren Erscheinungen von Commotion zugegen, die Wunde eiterte stark, der Lappen legte sich am fünften Tage noch nicht an. Da trug man mit Schonung der Wundränder Jodtinctur auf den Lappen und wandte eine leichte Compression an. In drei Tagen war er danach angeheilt. Einem Knaben hatte der Huftritt eines Pferdes fast die ganze *Planta pedis* lappenförmig abgerissen, die starke Aponeurose vom Fuss getrennt. Die vierfache Bestreichung mit Jodtinctur heilte die Wunde durch erste Vereinigung. Dies drei Fälle von sehr vielen ähnlichen.

3) Quetschungen, Blutextravasate in das Bindegewebe und in die Gelenke. Von zahllosen Beispielen hier nur eines. Ein verkrüppelter Mann von 40 Jahren brach den Oberschenkel hart über dem Knie, und das Gelenk wurde dadurch mit Blut angefüllt, so dass man deutliche Undulation fühlte. In acht Tagen bestrich D. vier Mal das Knie mit Jod, und so verschwand die Schwappung vollständig, die Kniescheibe war beweglich, die Fractur heilte ohne Beeinträchtigung. Wer in solchen Fällen kalte Ueberschläge nicht entbehren zu können glaubt, kann sie vor der Bepinselung mit Jod anwenden.

4) Entzündung des subcutanen Bindegewebes, sogenannte Phlegmone, und ihr berühmtes Symptom, das Pseudoerysipel. In den meisten Fällen hat die Jodtinctur hier, früh genug angewandt, die Cataplasmen, in sehr vielen das Messer, in allen die Quecksilbersalbe unnöthig gemacht. Der Entzündungsheerd wurde nicht nur meistens sehr schleunig zertheilt, nein auch schon gebildeter Eiter spurlos aufgesogen, was von grossem Gewinn in Fällen ist, wo man das Messer zu scheuen hat, z. B. bei *Mastitis* und *Parotitis purulenta*. Der Zustand der Haut (ob sie ödematös, erysipelatös, gangränös ist, wenn nur die Zerstörung noch nicht zu sehr überhand nahm) ist auch hier gleichgültig.

5) Eitrige Ansammlungen in natürlichen Höhlen. Besonders gute Dienste leistet sie bei Gelenkvereiterungen. In fünf Fällen von Gonarthrocace hat D. sogar durch Einspritzungen der *Tinct. fort.* Ankylose herbeigeführt, wo sonst die Amputation allein den Kranken gerettet haben würde. Auch die Operation des *Hygroma patellare* ist durch Bepinselungen mit Jodtinctur umgangen.

6) Knochenkrankheiten.

a) Periostitis. Ein starkes 22jähriges Mädchen war durch eine schon lange dauernde Entzündung der Beinhaut über den Condylen des rechten Oberschenkels arbeitsunfähig; es hatte sich über dem Knie eine beträchtliche, bereits dumpf fluctuirende Geschwulst gebildet. Eine lang fortgesetzte Bepinselung mit Jodtinctur je den anderen Tag stellte das Mädchen vollkommen her. Auch gegen Tophi, Exostosen etc. erwies sich das Mittel nützlich.

b) Arthritis. Hier war der Erfolg geringer.

c) Ossification. Es mag sonderbar erscheinen, dass das als resorbirend, aller Plasticität feindlich verschrieene Jod ein wichtiges Mittel, um Ossification herbeizuführen, sein soll, und doch haben mehrere Fälle bewiesen, dass oberflächliche Bestreichungen mit Jodtinctur widernatürliche Gelenke, sofern ihre Organisation noch nicht zu weit gediehen war, heilten. Ein Dachdecker brach den rechten Oberschenkelhals. Anderwärts an Paralyse der motorischen Nerven 15 Wochen lang behandelt, bot er bei seiner endlichen Aufnahme in's Inselhospital eine sehr ungünstige Prognose. Man legte ihn in die Hagedorn-Dzondi'sche Maschine und bestrich die Leistengegend zwei Mal umfangreich und intensiv mit Jodtinctur. In 12 Wochen machte der Patient mit Glück die ersten Gehversuche, obgleich man während der Kur wiederholt mit Druckbrand zu kämpfen hatte, und schon nach fünf Tagen die Maschine mit der doppelt-schiefen Fläche vertauscht werden musste. Ein Landmann hatte seinen Oberschenkel einfach quer gebrochen; nach 8 Wochen stand er auf und brach ihn sogleich wieder. Lange kam es nicht zu Callusausschwitzungen, und die Crepitation blieb deutlich. Auch hier half die Jodtinctur, indem sie eine copiöse Ossification zu Stande brachte, und der Kranke verliess das Spital nach 6 Wochen geheilt.

Auch die Ossification offen bleibender Fontanellen beförderte das Jod, und war dann doppelt nützlich, insofern die Haare, die dabei immer im Wachsthum zurückbleiben, stärker wuchsen.

(Schluss folgt.)

*) Ueber den Brand. Einige Fälle aus der chirurgischen Klinik im Inselspitale zu Bern, nebst Epikrise und Anhang über die Jodtinctur, als Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doctorwürde an der medicinischen Facultät der Hochschule Bern. Von Johann Martin Oschwald.

Bright'sche Krankheit.

In der Sitzung des Vereins für wissenschaftliche Medicin am 10. December d. J. hielt Hr. Dr. Reinhardt einen Vortrag über Bright'sche Nierenkrankheit, aus dem wir folgendes mitzutheilen uns erlauben:

Bright stellte den Satz auf, dass viele Wassersuchten von Krankheiten der Nieren ausgingen, ein Satz, der durch die Beobachtung demnächst sich vollständig gerechtfertigt hat, der aber ontologisch aufgefasst wurde, so dass man später eine scharf abgegrenzte Symptomengruppe einer bestimmten Veränderung in den Nieren zuschrieb. Späterhin fand man häufig Eiweiss im Urin, ohne dass jene ausgeprägte Veränderung in den Nieren stattgefunden hätte und umgekehrt; es ergab sich fernerhin der Eiweissgehalt des Urins häufig als eine vorübergehende Krankheit, während man doch jene Veränderung in den Nieren als eine schwere, oft unheilbare erklären musste. So entstand denn eine Verwirrung der Begriffe, aus der sich jeder seine eigene Ansicht bildete, und es wurde

z. B., während man in Deutschland die Krankheit allgemein auffasste, von Legendre die Wassersucht nach Scharlach getrennt und rein als hyperämischer Zustand betrachtet, die gelbe Entfärbung und die Granulationen aber als eigentliche Krankheit hingestellt. Um aus dieser Verwirrung zu kommen, sind zwei Fragen zu beantworten: 1) Worin besteht die Affection in den Nieren, liegt ihr ein bestimmtes Ablagerungs-, ein Entzündungsproduct zum Grunde oder nicht? 2) Ist die Symptomengruppe, die man in den exquisiten Formen vorfindet, eine scharf abgeschnittene, hat sie einen gewissen Typus oder nicht? Aus der Beantwortung dieser Fragen wird sich ergeben, ob die Krankheit eine specifische, in sich abgeschlossene ist.

Hat man Gelegenheit, Sectionen in früheren Stadien zu machen, so findet man die Niere geschwollen, in ihrer Corticalsubstanz vergrössert, hyperämisch; in den Harnkanälchen finden sich die bekannten Faserstoffcylinder, das interstitielle Gewebe ist mit Exsudat infiltrirt. Nimmt man hierzu den eiweisshaltigen Urin, den Austritt der Blutkörperchen, so kann kein Zweifel sein, dass man es hier mit einem Entzündungsprocess zu thun hat. In subacuten Fällen ist die Hyperämie geringer, nicht so die Schwellung; die Färbung gelb durch kleinere Exsudatmassen. Es ist dies die am häufigsten vorkommende Form. Die Schwellung rührt her vom interstitiellen, infiltrirten Gewebe und von den mechanischen Hindernissen durch die Faserstoffgerinnsel, welche die Harnkanälchen hinter sich ausdehnen. Ist die Krankheit chronisch, so findet man die Niere in der Form der gelben Entfärbung, wie Butter, und zwar oft nur partiell. Es beruht diese Verfärbung in einer Infiltration des Epitheliums der Harnkanälchen mit Fett, eine Ablagerung, die sich mit dem Entzündungsprocess in Verbindung bringen lässt. Bei jeder Entzündung kommt die Fettdegeneration der Zellen vor; bei dem Katarrh, der Milchabsonderung, der Cataract etc. Die Zellen erleiden dabei eine rückgängige Metamorphose. Aus klinischen Fällen ersehen wir ferner, dass diese Degeneration nicht bei frischen, sondern erst bei älteren Fällen vorkommt, eine Beobachtung, von der wir nicht abgehen können, obwohl Engländer, namentlich Johnson, im Gegentheil die Fettentartung als etwas Primäres betrachten. Sobald diese Degeneration eingetreten ist, schreitet nun, analog wie in andern Organen, das Zerfallen weiter vorwärts; es entsteht in Folge dessen ein Detritus, der mit dem Harn ausgeführt wird. Damit wird dann die Function der Harnkanälchen aufgehoben, denn die Epithelien sind es gerade, welche die Secretion unterhalten. Die Folge davon ist in den Nieren dieselbe, wie in anderen Organen. An Stellen, wo diese Atrophie stattgefunden hat, tritt eine Schrumpfung ein (wie im *corpus luteum*). Das interstitielle Gewebe, welches die Kanälchen umgiebt, schrumpft zusammen, und es ist nicht unwahrscheinlich, dass sich hier neues Bindegewebe bildet, eine Frage, die jedoch sehr schwer zu entscheiden ist. Jedenfalls entsteht nun aus diesem Zustande das letzte Stadium, welches man das höckerige genannt hat. Es bilden sich nämlich in den Nieren grössere oder kleinere Einschnitte. Geschieht dies in grösseren Distanzen, so gewinnt dadurch die Niere das Ansehen einer fötalen, sind die Zwischenräume geringer, so wird das Ansehen ganz höckerig. An den Stellen der weissen Einschnürung findet man ausser Bindegewebe Residuen von Malpighischen Körperchen, Gefässe, Harnkanälchen, die in ihrem Kanale vereugt sind oder fehlen. Das übrige Parenchym zeigt die Veränderung früherer Stadien. Wenn die Krankheit, nachdem sie einen hohen Grad erreicht hat, in Genesung übergeht, so ist sie mit diesem Stadium vollendet, alte mit Fett infiltrirte Partien sind zu Narben geworden, das übrige Parenchym ist intact, und, kommt keine neue Exsudation, so ist die Heilung gesichert. Weit häufiger aber führt die Krankheit zum Tode, indem der Exsudationsprocess fortdauert und sich auf früher gesunde Theile erstreckt. Somit lassen sich denn alle Formen auf den Entzündungsprocess zurückführen, und es hat sich gerade hier der Werth mikroskopischer Untersuchungen auf das Glänzendste gezeigt, da namentlich die partiellen Fettablagerungen Schwierigkeiten machten und für specifische Ablagerungen gehalten wurden. Es ist aber eben nur ein Entzündungsprocess mit jenen Ausgängen, den wir hier vor uns haben, allerdings mit der Eigenthümlichkeit, dass die erfolgende Exsudation von Faserstoff keine Neigung zu Neubildung von Zellen hat, mit anderen Worten nicht zur Eiterung führt. Wenn wirklich neues Bindegewebe gebildet wird, so ist es doch sehr geringe, und dieser Mangel an Neubildung, an Eiterung ist allerdings das Eigenthümliche des Processes.

Er tritt daher dadurch anatomisch den Formen gegenüber, die bei metastatischen Entzündungen oder bei Processen, die sich von der Blase aus fortsetzen, vorkommen; die Bright'sche Krankheit kann man als croupöse diffuse Nephritis bezeichnen. Ist denn nun, so fragen wir weiter, der specifische Character vielleicht in der Symptomatologie aufzufinden? Die Krankheit entsteht am häufigsten nach Erkältung, nach Durchnässung bei vorhergegangener Transpiration. Es vermindert sich darauf die Nierensecretion: es entsteht in der Nierengegend Schmerz, es wird Eiweissurin ausgesondert, rapide entwickelt sich Wassersucht. Wird rechtzeitig eine zweckmässige Behandlung eingeleitet, so ist die Krankheit heilbar. Hiervon hat sich Reinhardt im Jahre 1848, wo sie bei den Kanalarbeitern recht häufig war, überzeugt; man heilte viele acute Fälle. Man kann die Krankheit also als eine acut-rheumatische auffassen. Den Gegensatz zu dieser acuten Form bilden jene, die wir bei cachektischen Individuen beobachten, wie z. B. bei Kranken die an Knochenleiden, oder überhaupt anhaltenden Eiterungen etc. laboriren. Diese gehen sehr häufig an Bright'scher Krankheit zu Grunde, ohne dass man wesentliche äussere Veranlassungen zu deren Auftreten nachweisen kann. Der Tod tritt hier in der Regel sicher ein, mag die Behandlung noch so sorgfältig sein. In der Nierengegend findet sich in solchen Fällen kein Schmerz, die Wassersucht entwickelt sich nur langsam in der Art, wie bei Herzkrankheiten. Weiter wird nun zu entscheiden sein, in welchem Zusammenhang mit Bright'scher Krankheit einige andere Krankheiten stehen. Zunächst fragt sich, ob die bei Scharlach vorkommende Nierendegeneration zum *Morbus Brightii* gehört? Entzündung ist hier wie dort vorhanden, und wenn es in den meisten Fällen zu Fettdegeneration nicht kommt, so liegt dies daran, dass die Kranken zu schnell genesen oder sterben. Schleppt sich das Uebel hin, so treten dieselben Formen bei Scharlach in die Erscheinung, als sonst. Uebrigens scheint die Hyperämie in den Nieren, die Faserstoffanhäufung in den Harnkanälchen characteristisch zum Scharlach zu gehören, wie die Entzündung der Haut, die Affection des Halses; man trifft sie stets an. Diese Affection der Nieren verschwindet mit dem Scharlach, wie der Bronchialkatarrh mit den Masern, und wie aus letzterem Croup und Bronchitis sich entwickeln können, so aus jener Nierenkrankheit bei Scharlach *Morbus Brightii*, eine Erscheinung, die man je nach dem Charakter der Epidemie häufiger oder seltener beobachtet. Gerade im Scharlach prägen sich übrigens die verschiedenen Formen der Bright'schen Krankheit am deutlichsten aus.

Wegen Kürze der Zeit musste der Vortrag abgebrochen werden; wir werden uns beeilen, die Fortsetzung in ähnlicher Weise fragmentarisch mitzutheilen.

Chloroform örtlich angewendet.

Hr. Prof. Dr. Günther in Leipzig theilte mir in diesen Tagen folgende kurze Notiz mit: „Wir haben viele Versuche mit Chloroform gemacht, welches wir 3 Minuten lang mit Baumwolle auf das Zahnfleisch neben den herauszuziehenden Zahn auflegten, und bis jetzt alle Zähne entweder ganz ohne Schmerzen oder nur mit sehr geringen herausgenommen. Betäubung ist dabei niemals erfolgt. Bei anderen Operationen hat das Chloroform, äusserlich auf die Haut vorher gebracht, diese Wirkung nicht geäussert."

Sollten über diese Art der Anwendung des Chloroform oder über den Nutzen derselben beim Zahnschmerz von anderen Seiten her entscheidende Beobachtungen gemacht sein, so bitte ich, solche in kurzen Notizen mir zuzusenden. Göschen.

Anzeigen.

In der **Weidmann**'schen Buchhandlung in Leipzig ist erschienen:

Allgemeine

Pathologie und Therapie

als

mechanische Naturwissenschaften.

Von

Dr. ***R. H. Lotze,***

Prof. in Göttingen.

Zweite verbesserte Auflage.

Gr. 8. 38 Bg. broch. 3 Thlr.

Der Herr Verfasser gehört der neueren Schule an, welche in den Erscheinungen des Lebens nur Aeusserungen der allgemeinen mechanischen und chemischen Naturkräfte sieht, und hat diese Ansicht mit Consequenz auf die allgemeine Pathologie und Therapie angewandt. Man findet daher in diesem Werke die physiologischen und pathologischen Thatsachen, welche über das Wesen, die Entstehung, den Sitz und Verlauf der Krankheiten Aufklärung geben können, vollständig beisammen, und die Schlüsse daraus mit jenem streng logischen Geiste gezogen, welcher aus den philosophischen Schriften des Herrn Verfassers rühmlichst bekannt ist.

Zusendungen für die „deutsche Klinik" erbitte ich mir unter Adresse der Verlagsbuchhandlung mit dem Zusatz: „für die deutsche Klinik". Um fernerweiten Irrungen vorzubeugen, erlaube ich mir ausserdem die Bemerkung, dass ich meinen Wohnsitz fest in Berlin genommen habe und meine Adresse Wilhelms-Strasse No. 100 ist. Dr. Göschen.

Sonnabend, № 6. 22. December 1849.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Preis vierteljährlich 2 Thlr., bis zum Schluss dieses Jahres 1 Thlr. Anzeigen werden mit 2 Sgr. für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Inhalt: Ueber das Uterin-Placentarstellengeräusch von Hohl. — Langenbeck's Vorlesung über das scrophulöse Sarcom von Göschen. — Die chirurgische Klinik zu Bonn von Wutzer (Schluss). — Die chirurgische Klinik zu Erlangen von Heyfelder. — Oppolzer's medicinische Klinik von Hennig (*Perimyelitis partialis cAronica etc.*). — Romberg's Klinik zu Berlin (Paraplegie). — Mittheilungen aus dem allgemeinen Krankenhause zu Hamburg von Knorre (syphilitische Lähmungen). — Miscellen von Göschen (Jodtinctur; die Kliniken von Seutin in Brüssel und Ricord in Paris; Simon's Apotheke).

Klinische Mittheilungen über das Uterin-Placentarstellengeräusch.

Von

Professor Dr. Hohl in Halle.

Nicht Vermuthungen, sondern Thatsachen, durch längere Beobachtungen und wiederholte Erfahrungen gesammelt, sind geeignet, streitige Punkte auch im Gebiete der Geburtshülfe zu erledigen. Ein blosses Theoretisiren drängt die verschiedenen Ansichten und Meinungen mehr auseinander, als dass es sie vereint. Dieses Loos fiel dem obigen Gegenstand zu, und brachte es ihm mehr Nieten als Treffer.

Es ist bekannt, dass das eigenthümliche Geräusch, welches bei Schwangeren und Gebärenden, isochronisch mit ihrem Pulse gehört wird, bei dem ersten Vernehmen desselben mit der Placenta in Verbindung gebracht wurde. Im Jahre 1833 thaten wir (die geburtsh. Exploration. 1. Th. S. 141—158) den Ausspruch, basirt auf eine grosse Zahl von Beobachtungen und durch Gründe unterstützt, dass die Quelle jenes Geräusches, bestehend aus Hauptschlägen und einem diese verbindenden Geräusch, in die an der Placentarstelle besonders erweiterten Uterinarterien zu verlegen sei, insofern hier der Uebergang der Arterien in die Venen weniger durch Anastomosen, als durch Zellen (Sinus) vermittelt, und dadurch nicht nur ein momentanes Verweilen des Blutes in den erweiterten Arterien der Placentarstelle, sondern auch in den Zellen, und eine Mischung des arteriellen mit venosem Blute, ein Vibriren der Venen bedingt werde. So entständen, meinten wir, die Hauptschläge und das Geräusch zwischen denselben, entstehe auch die grosse Aehnlichkeit des ganzen Geräusches mit jenem bei dem *Varix aneurysmaticus*. Allein andere Geburtshelfer hielten andere Gefässe für die Stellen, von welchen jenes Geräusch ausgehe, so die *Arter. hypogastric.*, die *Iliaca externa*, von Lännec widerlegt, und besonders die *Arter. uterin.* ohne irgend einen Zusammenhang mit der Placentarstelle. Dieser Vermuthung trat auch Kiwisch in seinen „klinischen Vorträgen" 1845. S. 26 bei, und erhob sie zur Gewissheit in seinen „Beiträgen zur Geburtskunde," 1846. S. 43. Diess veranlasste uns, unsere seit 1833 fortgesetzten Beobachtungen mit den Resultaten derselben in der „Neuen Zeitsch. f. Geburtsk." Bd. XXII. Hft. 3. S. 380 mitzutheilen. Wir hatten bis 1833 bei mehr als 200 Schwangeren und Gebärenden das Uterin-Placentarstellengeräusch häufiger rechts als links, noch seltner am untern Theil des Uterus gehört. Diese Resultate nun wurden in einem Zeitraum von 14 Jahren durch fortgesetzte Beobachtungen bestätigt. Es wurde der Herzschlag des Kindes bei Schädellagen 316 Mal links, 159 Mal rechts gehört, und das Uterin-Placentarstellengeräusch 256 Mal rechts, 168 Mal links, 1 Mal vorn und 50 Mal unten zu beiden Seiten vernommen, wobei 13 Mal *Placenta praevia* vorhanden war. Nie haben wir dieses Geräusch über den ganzen Uterus ausgebreitet vernehmen können. In denselben Mittheilungen haben wir aber auch noch S. 385 u. folg. besondere Punkte als Beweise für die Annahme, dass jenes Geräusch mit der Placentarstelle in Beziehung stehe, hervorgehoben. Es was nämlich der vorher durch die Auscultation bestimmte Sitz der Placenta bestätigt worden: 1) durch künstliche Lösung der Placenta nach der Geburt 21 Mal; 2) durch die Untersuchung und Wendung bei *Placenta praevia* in 15 Fällen; 3) durch Sectionen in 10 Fällen; 4) durch die Wendung in 8 Fällen, und können wir heute einen neunten Fall hinzufügen, indem unser Assistent, Hr. Dr. Veit, bei einer Wendung die Placenta an derselben Stelle fand, wo das Geräusch vernommen worden war; 5) durch die Ergebnisse bei Zwillingsschwangerschaften und Geburten in 16 Fällen, indem nur an einer Stelle der Hauptschlag vernommen wurde, wo nur eine Placenta folgte u. s. w.; 6) durch Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter (Bauchhöhlenschwangerschaft), wo der Uterus nur unbedeutend vergrössert war, und doch das Geräusch links zur Seite des Uterus von uns wiederholt gehört wurde, woselbst denn auch bei der Section der Sitz der Placenta gefunden wurde.

Wir glauben daher, wohl sagen zu dürfen, dass unsere Behauptung über die Quelle jenes Geräusches nicht auf Hypothesen und wandelbaren Theorieen beruht, dass wir daher auch keinen Grund haben, von ihr abzuspringen. Wohl aber finden wir nicht ohne Verwunderung, dass Kiwisch im zweiten Theil des oben angeführten Werkes in einem Anhange seine Behauptung, dass die Quelle jenes Geräusches in den Uterinarterien liege, geändert hat, und sie jetzt in die *Art. epigastrica inferior* und ihre Verzweigungen verlegt. Wir müssen daher annehmen, dass eben der erste Ausspruch nicht gehörig durch Beobachtungen begründet war, und fürchten dasselbe Loos, in Bezug auf die zweite Annahme, wenn sie auch als unzweifelhaft erwiesen bezeichnet wird. — Der geehrte Verfasser der „Klinischen Vorträge" erklärt in einem Anhange S. 565 sämmtliche Ansichten für irrthümlich, und hat nach seinen in der neusten Zeit gemachten Erfahrungen und angestellten Experimenten die Ueberzeugung gewonnen, dass das Geräusch nur in den erweiterten Gefässen der Bauchdecken entsteht.

Wie kam Kiwisch auf diese Idee! Er hörte bei einer Kranken, welche mehrere fibröse Geschwülste in der Gebärmutter hatte, in dem ganzen vorderen Umfange des Unterleibes starke Kreislaufsgeräusche, welche sehr intensiven Circulationsgeräuschen bei Schwangern ganz gleich kamen. Er fühlte rechts in der Inguinalgegend nach Verlauf der *Epigastrica inferior* nicht nur deutliche Pulsationen, sondern auch ein auffallendes Schwirren (eine Vibration) des Gefässes. Er nimmt nun an, dass jede beträchtliche Ausdehnung der Bauchdecken die Veranlassung zu der fraglichen Erscheinung bieten könne, weil sich aller Wahrscheinlichkeit nach in Folge derselben auch die die Bauchdecken versehenden Arterien, namentlich in ihrem Verlauf und in ihren Verzweigungen erweiterten, während die tiefer liegende Ursprungsstelle des Gefässes ihr früheres Lumen beibehalte, wodurch eine verlangsamte und mehr continuirliche Strömung des Blutes und eine ausgebreitete vibrirende Bewegung der Gefässwand entstehe, und das eigenthümliche Geräusch erklärlich werde. Wir nun wollen dieser Folgerung um so weniger entgegentreten, als sie unsere Ansicht unterstützt, insofern wir das Geräusch in die an der Placentarstelle erweiterten Arterien verlegen, und müssen natürlich auch zugeben, dass die kleine, sonst nicht vibrirende, kein solches Geräusch veranlassende Epigastrica bei jener Kranken in einem nicht regelmässigen Zustande sich befunden hat; ob in dem von Kiwisch mit Wahrscheinlichkeit vermutheten, ist eine weitere Frage. — Nun aber untersuchte Kiwisch Schwangere, von welchen mehrere exquisite Kreislaufsgeräusche der fraglichen Art darboten. Ein ähnliches Vibriren der Epigastrica wurde aber in keinem Falle entdeckt, und nur in einzelnen Fällen waren bei nachdrücklicherer Untersuchung die Pulsationen derselben deutlich zu fühlen. Wenn also, fragen wir, kein Schwirren, keine Vibration des Gefässes bestand, die Pulsationen desselben nicht einmal deutlich zu fühlen waren, woher nun das Geräusch? — Wir wollen antworten, weil eben bei Schwangern die Epigastrica in ihren Verzweigungen in den Bauchdecken erweitert ist. Allein wo steht das geschrieben, wo ist es in der Natur vorhanden? Nirgends. Darum auch keine Vibration und unmöglich ein Geräusch von solcher Intensität, wie das Uterin-Placentar-

stellengeräusch zu sein pflegt. Wir würden auch vielmehr glauben, dass die Arterien der Bauchdecken bei der Ausdehnung des Unterleibes in der Schwangerschaft verengt, als erweitert würden, weil sie nach ihrer Lage zwischen den Theilen gedrückt werden. Kiwisch hat das Geräusch früher (Beiträge zur Geburtsk. Erste Abtheilung. S. 43) schon im Anfange des fünften Monats gehört, wo also eine beträchtliche Ausdehnung des Unterleibes noch nicht bestand, und mithin die Epigastrica in ihren Verzweigungen nicht erweitert, also unmöglich die Quelle desselben sein konnte, während man es noch nach der Geburt vernehmen müsste, da die erweiterten Aeste der Epigastrica so schnell sich nicht verkleinern werden, denn auch die Bauchdecken sind noch schlaff. Allein es ist allgemein zugegeben, dass jenes Geräusch mit der Geburt beendet ist. — Auch soll das Geräusch nur auf einer Seite vorkommen können, wobei aber unerklärt gelassen wird, warum bei der gleichmässigen Ausdehnung des Unterleibes die Verzweigungen der Epigastrica nur auf einer Seite erweitert sind. —

Kiwisch scheint auch für seine Behauptung darauf ein Gewicht zu legen, dass eine starke Compression mit dem Stethoscop das Geräusch an Ort und Stelle aufhebt. Dies geschieht immer, wenn das Stethoscop stark gegen die Stelle und das Ohr gedrückt wird, wenigstens verändern sich leicht die Töne in Stärke und Schwäche, was jedoch mit dem Geräusch selbst natürlich in keiner Beziehung steht. Durch den Druck wird die Leitung des Schalles im Stethoscop gehemmt, auch die leitende Luft mehr abgeschnitten, denn durch einen luftleeren Raum wird bekanntlich der Schall nicht fortgeleitet. Was nun die Resultate unserer eigenen freilich noch nicht genügenden Untersuchung betrifft, so haben wir bis jetzt bei 12 Schwangern weder eine Vibration, noch ein Geräusch in der Epigastrica und ihren Verzweigungen in den Bauchdecken vernehmen können, obwohl wir den ganzen Unterleib mit dem Stethoscop untersucht haben. Wir thaten dies in der Voraussetzung, dass wenn die Verzweigungen der Epigastrica, die sich ungefähr in der Mitte des Unterleibes endigt, ein Geräusch hören liessen, daran auch die mit ihr vielfach zusammenfliessenden Aeste der äusseren Brustpulsader und der Bauchpulsader Theil nehmen müssten. Wir haben aber weder eine Pulsation der kleinen, tiefliegenden Epigastrica gefühlt, noch von ihr ausgehend etwas gehört, vielmehr hat sich die Ueberzeugung, dass das Geräusch von einer ganz andern Stelle ausgehe, aus der Tiefe komme, und den an der Placentarstelle besonders erweiterten Arterien angehöre, bei uns nur befestigt. Wenn Kiwisch besonders hervorhebt, dass der Kreislauf in den Uterusarterien nicht hörbar sein könne, weil diese Gefässe tief in die Gebärmuttersubstanz eingebettet und der Auscultation entzogen wären, so begreifen wir nicht, wie es geschehen kann, dass man den Herzschlag des Kindes durch dessen Brustkasten, durch das Fruchtwasser, die Uteruswandung und die Bauchdecken hören kann.

Wir bleiben daher noch bei unserer Behauptung, bis wir durch Thatsachen widerlegt werden, wie wir durch solche sie zur Zeit noch aufrecht gehalten glauben. Wollten wir die ebenfalls von Kiwisch in demselben Anhange neue Erklärung, nach welcher das mütterliche arterielle Blut zwischen die fötalen Gefässe sich frei ergiesst, und sie umspült, und dann seinen Abzug in einem grossen Randgefäss der Placenta, so wie in dessen Auszweigungen und in den Venen der Decidua findet, für unsere Behauptung in Anspruch nehmen, so würde diese Einrichtung unserer Ansicht insofern Vorschub leisten, als eben die Hauptschläge des Geräusches ihre Quelle in den an der Placentarstelle erweiterten Arterien, und das Zwischengeräusch in der die fötalen Gefässe umspülenden Blutwelle finden würden. Allein wir wollen abwarten, bis E. H. Weber sich anschliesst, der bekanntlich nicht alle Tage eine neue Entdeckung macht, aber auch so leicht nicht Ursache hat, zurückzunehmen, was er einmal öffentlich ausgesprochen hat. In unserer Absicht kann es nicht liegen, hier auf diesen Gegenstand tiefer einzugehen. Wir meinen nur, dass die bisher nachgewiesenen Verhältnisse zwischen Placenta und Uterus vielmehr dahin gerichtet sind, das Andrängen des mütterlichen Blutes selbst an das Ei und dessen Flocken, den Erguss desselben unmittelbar um die fötalen Gefässe abzuwenden, als zu begünstigen. Wo sollen dann die Vorrichtungen sein, der Hyperämie zwischen den fötalen Gefässen bei vermehrten Congestionen nach dem Uterus zu begegnen, wodurch doch offenbar der Kreislauf in diesen Gefässen zufolge des Druckes von der vermehrten Menge des umspülenden Blutes gehemmt, auch die Placenta abgedrückt werden möchte.

Werfen wir einen Blick auf die Vorgänge bei *Placenta praevia*, so dürften wir finden, dass sie nicht zu Gunsten jener Ansicht sind. Wir wissen, dass hier nach der ersten geringen Blutung ein Stillstand von Wochen eintreten, eine zweite stärkere Blutung erfolgen, und diese auch jetzt durch die Natur gestillt werden kann; dass das Blut anfänglich in flüssiger Form, dann coagulirt ausgestossen wird. Bei einem freien Austritt des mütterlichen arteriellen Blutes zwischen die fötalen Gefässe, müsste auch schon nach theilweiser Trennung der Placenta von dem Uterus arterielles Blut sich ergiessen, und würden freie Zwischenzeiten aus leicht ersichtlichen Gründen wohl nicht statt haben. Es ist aber auch weiter bekannt, dass der Blutfluss bei *Placenta praevia* in der Schwangerschaft keine nothwendige Folge ist, ja dass die Placenta sich vollkommen trennen, in die Scheide eintreten kann, ohne dass eine Blutung entsteht (Handbuch der Geburtsk. in alphabetischer Ordnung von Busch und Moser. Bd. I. S. 464). Würde dies bei der von Kiwisch angegebenen Einrichtung denkbar und möglich sein? So auch haben diese Blutungen das Eigenthümliche, dass sie meistens während der Wehe zunehmen, mit dem Nachlassen derselben schwächer werden. Dies würde nicht der Fall sein, da der Blutfluss aus den freien Arterienmündungen anhalten würde. — Was endlich die Blutungen nach der Entbindung betrifft, so kommt es vor, dass man den Uterus noch voluminös findet, und doch keine Blutung statt hat, was nicht der Fall sein möchte, wenn Arterien ihr Blut ergiessen könnten, ja wir bezweifeln, dass bei dem gewöhnlichen Grad der Contraction der Gebärmutter nach der Geburt die arteriellen Gefässe in einem hinreichenden Grade geschlossen werden dürften.

Wie es mit jenem Randgefäss sich verhalten mag, wenn eine Nebenplacenta, entfernt von der normalen Placenta sich befindet, oder die Placenta aus mehreren Theilen besteht, ist von Kiwisch noch nicht erörtert.

Schliesslich müssen wir noch der Ansicht Scanzoni's über die Quelle des Uterin-Placentarstellengeräusches gedenken. Er lehrt (Lehrbuch der Geburtshülfe. Wien 1849. Bd. I. S. 139), dass in Folge einer Compression der *Ven. iliac.* von Seiten des Uterus an der, der vordern Parthie der *Linea innominata* entsprechenden Stelle, der Rückfluss des Blutes von den untern Extremitäten gehindert werde, dadurch die *Ven. iliac.* weniger gefüllt würden, und das Blut aus den Uterinalvenen und den *Ven. hypogastric.* rascher in die *Ven. iliac.* oberhalb der gedrückten Stelle ströme, wodurch die weite und relaxirte *Ven. iliac.* in Vibration versetzt würde. Wir wollen dagegen nur kurz anführen: 1) dass ein gehinderter Rückfluss des Blutes bei den meisten Schwangern gar nicht statt findet, und Oedeme, Varicesbildung sehr oft gar nicht vorkommen, wohl aber das Geräusch bei allen Schwangern zu hören ist; 2) dass man nicht einsieht, warum nur die *Ven. iliac.* gedrückt werden sollen, nicht auch die andern Venen, und bei dem hohen Stande des Uterus auch die Hohlvene. Kann dies aber unläugbar geschehen, so müssen die *Ven. iliac.*, vielmehr gefüllt, gespannt sein; 3) dass bei einer Vibration der *Ven. iliac.* das Geräusch nur ein continuirliches sein, und keinen Hauptschlag geben könnte; dass der Druck des Uterus nach der Entbindung, wo er noch ein vermehrtes Volumen zeigt, gerade die *Ven. iliac.* trifft, und doch das Geräusch verschwunden ist. Scanzoni will es zwar noch am 4ten bis 6ten Tage nach der Entbindung gehört haben, was wir nach unseren Beobachtungen in Abrede stellen müssen. Ebenso wenig haben wir es bei Geschwülsten im Unterleibe gehört, und Kiwisch bemerkt ausdrücklich, dass er es bei krankhaften Ausdehnungen der Gebärmutter in keinem Falle habe wahrnehmen können. Uebrigens verweisen wir auch in Bezug auf Scanzoni's Theorie auf die von uns oben mitgetheilten Thatsachen.

Vorlesungen des Professor Dr. B. Langenbeck.

Mitgetheilt von Dr. Göschen.

Das scrophulöse Sarcom.

Ueber die Hypertrophie der lymphatischen Drüsen, das scrophulöse Sarcom, fehlt es an älteren Beobachtungen, wenigstens genaueren, gänzlich. Zu einem Theil müssen wir, was man früher etwa davon kannte, unter dem, was ganz unbestimmt unter dem Namen Sarcom im Allgemeinen beschrieben wurde, suchen, zum andern hat man gewiss häufig das scrophulöse Sarcom mit Markschwamm zusammengeworfen. Der erste, der dieser eigenthümlichen Form der Drüsengeschwulst bestimmter und näher Erwähnung thut, ist Lebert *). Meine ersten Beobachtungen über dieselbe fallen in das Jahr 1843, und seit dieser Zeit habe ich in meinen Vorlesungen häufig ihrer Erwähnung gethan. Ohne dass wir von unseren Beobachtungen etwas kannten, haben Lebert und ich den gleichen Namen, scrophulöses Sarcom, für diese eigenthümliche Drüsenentartung gewählt. Bei Sömmering finden wir, sicher ohne dass er sie kannte, ein charakteristisches Merkmal für dieselbe erwähnt, wenn er angiebt, dass bei der Scrophulosis sich die Lymphgefässe der Drüsen mitunter auffallend leicht

*) Abhandlungen aus dem Gebiete der praktischen Chirurgie und der pathologischen Physiologie nach eigenen Untersuchungen und Erfahrungen und mit besonderer Rücksicht auf die Dieffenbach'sche Klinik in Berlin von Hermann Lebert, Dr. etc. Berlin 1848, Veit. Recensirt in Schmidt-Göschen's Jahrbüchern Bd. 60. S. 254.

injiciren liessen. Wahrscheinlich hat Sömmering in solchen Fällen scrophulöse Sarcome vor sich gehabt.

Das scrophulöse Sarcom kommt fast ausschliesslich in früheren Lebensaltern, am häufigsten kurz vor oder nach der Pubertätsentwicklung vor. Nur in wenigen Fällen habe ich es später, und hier nach Menstruationsstörungen und während der Schwangerschaft, sich entwickeln sehen.

Symptome. Es tritt in doppelt verschiedener Weise auf, und danach auch unter etwas verschiedenen Erscheinungen. Entweder nämlich zeigt es sich rein als eine Hypertrophie der Drüse, ohne alle Entzündungsproducte, oder die eigentliche Geschwulst ist von Entzündungsproducten mehr oder weniger durchsetzt. Je nachdem werden nun auch neben den eigenthümlichen Erscheinungen Symptome von Entzündung auftreten oder nicht. Im Anfang bildet sich die Geschwulst stets ohne letztere aus. Eine Lymphdrüse, am liebsten eine der Cervical- oder der Axillarstränge, schwillt zu einer weichen, elastischen, zuweilen täuschend ein Fluctuationsgefühl gebenden Geschwulst an. Dieselbe ist kalt, gegen Druck nicht empfindlich, die Haut über ihr von ganz normaler Farbe, sie verursacht durchaus nicht spontane Schmerzen. Die damit Behafteten sehen gesund, blühend, vollsaftig aus. Im Lauf des Wachsthums der ersten Geschwulst intumesciren nicht selten in ganz gleicher Weise die benachbarten Drüsen, und so entstehen angeschwollene Drüsenagglomerate. Früher oder später stellen sich nun häufig Entzündungserscheinungen ein, entweder in Folge fieberhafter Zustände, in die der Kranke zufällig verfällt, oder abhängig von Menstruationsstörungen, oder endlich ohne dass man eine Veranlassung nachweisen könnte. Die Geschwulst wird empfindlich, zeigt sich beim Druck sehr schmerzhaft, der Kranke verspürt ein beständiges Stechen in ihr. Nur zuweilen gesellen sich zu diesen Entzündungserscheinungen Fieberbewegungen; in heftigerem Grade habe ich sie nie beobachtet. Während dessen nun nimmt der Umfang der Geschwulst beträchtlich zu; sie wird fester und härter anzufühlen und erscheint weniger deutlich isolirt von den Nachbartheilen, mit denen sie am Ende auf das allerinnigste verwächst. Lassen nach einiger Zeit die Entzündungserscheinungen nach, wie das sehr häufig geschieht, so verkleinert sich gar nicht selten die Geschwulst in einer Weise, dass man an ihr gänzliches Verschwinden denken könnte. Das aber dauert nicht lange; bald tritt mit oder ohne neue Symptome der Inflammation ein abermaliges Wachsthum ein und die Geschwulst kann nun einen ganz ausserordentlichen Umfang gewinnen. So sah ich sie bei einem 15jährigen Knaben grösser als sein Kopf, bei einem 17jährigen Mädchen desgleichen. Wächst die Geschwulst sehr rasch, so bleiben allgemeine Erscheinungen gewöhnlich nicht aus, Erscheinungen namentlich der gestörten Ernährung. Die Kranken werden cachectisch, sehen blass und leidend aus, magern in auffallender Weise ab. Diese Beeinträchtigung der Ernährung ist wahrscheinlich auf Rechnung gleichzeitiger und gleichartiger Erkrankung der Drüsen in den grösseren Höhlen (Brust und Bauch) zu schreiben. Bisweilen gesellt sich Tuberculose, vornehmlich der Lungen, dem scrophulösen Sarcom zu, wie ich das in zwei Fällen selbst beobachtet habe. Die Geschwulst selbst zeigt dabei durchaus keine Spur von Tuberkelablagerung. Lebert scheint zu meinen, dass dieses gleichzeitige Auftreten des scrophulösen Sarcoms und der Tuberculose nicht vorkäme; dem widersprechen die angeführten Beispiele, und dass ich ausserdem fast in allen Fällen eine scrophulöse Dyscrasie wahrnehmen konnte. Zuweilen kommt es innerhalb der Geschwulst zu Abscessbildung, und auf diese Weise kann dieselbe nach und nach ganz oder theilweise veröden. Bleiben Spuren zurück, so ist damit die Gefahr eines neuen Nachwuchses stets gesetzt.

Pathologische Anatomie. Die Geschwulst besteht in einer Hypertrophie der Drüsensubstanz. Schneidet man sie durch, so zeigt sich auf der Schnittfläche ein röthlichgelbes, weiches, ganz gleichmässiges Gefüge, und es lässt sich aus ihm, bisweilen in sehr grosser Menge, von Blut geröthete Lymphe mit Leichtigkeit ausdrücken, in der man dann unschwer die Lymphkörperchen erkennt. Charakteristisch sind die Drüsenzellen, die in grossen Geschwülsten ausserordentlich vermehrt zu sein scheinen. Sie sind dann gedrückt, eckig, und enthalten deutlich Zellenkerne. Die jedenfalls sehr ausgedehnten Lymphgefässe lassen sich schwer nachweisen, weil ihre Injection nicht leicht gelingt. Hat bereits Entzündung in der Geschwulst Platz gegriffen, oder hat diese bereits einen grösseren Umfang erreicht, so wird ihr Gefüge weit fester, zwischen den Drüsenzellen findet man viel intumescirtes Bindegewebe, das oft förmliche Stränge bildet, und ausserdem trifft man sehr viele Kalkmolecüle an, häufig in solcher Anzahl, dass man zu mikroskopischen Untersuchungen der Geschwulst sie erst mittelst Säuren entfernen muss. In ganz besonderer Menge habe ich sie nach Menstruationsstörungen angetroffen.

Diagnose. Zunächst könnte man das scrophulöse Sarcom mit tuberculösen Affectionen der Drüsen verwechseln. Diese aber stellen von Anfang an eine weit härtere Geschwulst dar, sind nie so weich, so fast fluctuirend, wie jenes. Sobald die Tuberkelmasse erweicht, stellt sich Schmerzhaftigkeit ein, auch das Symptom fehlt beim scrophulösen Sarcom, wenn nicht Entzündung dazu getreten ist. Schwerer ist dieses zu unterscheiden von Markschwamm. Er ist, wie jenes, im Anfang weich, wie fluctuirend, auch bei ihm können Schmerzen durchaus fehlen. Wesentlich aber unterscheidet ihn von dem scrophulösen Sarcom die Art des Wachsthums. Er wird selten so rasch, namentlich aber nie so ungleichmässig wachsen, wie dieses, es wird bei ihm nie eine wirkliche Rückbildung stattfinden, er wird noch weniger vereitern. Freilich ist unser Sarcom ziemlich unbeweglich, weil es so fest mit den benachbarten Theilen verwachsen zu sein pflegt, aber so unbeweglich, wie Carcinom, ist es doch nicht leicht. Endlich fehlen bei ihm die späterhin charakteristischen lancinirenden Schmerzen des Carcinom.

Behandlung. Bisweilen gelingt es, durch die Anwendung äusserer und innerer Resolventia die Geschwulst bedeutend zu verkleinern, so dass man schon die Hoffnung fasst, es werde auf diesem Wege gelingen, sie vollständig zu heilen. Mir selbst ist das einmal bis zu einem bestimmten Grade unter der Anwendung des Galvanismus geglückt. Die Hoffnung, wirkliche Heilung auf diesem Wege herbeizuführen, wird aber immer getäuscht werden. Das letzte Refugium bleibt stets die Exstirpation, aber sie ist oft mit grossen Schwierigkeiten verbunden, weil die Geschwulst mit den benachbarten Theilen auf das festeste verwachsen ist. In einem Falle wurde ich dadurch genöthigt, bei der Exstirpation den Recurrens zu durchschneiden, was augenblicklich Aphonie zur Folge hatte, die sich nur sehr allmälig, aber endlich doch ganz verlor. Wo die Geschwulst sehr gross ist, wo sie wohl gar, wie das beobachtet ist, sich in die Brusthöhle erstreckt, da dürfte es rathsam sein, einen tüchtigen Keil derselben zu exstirpiren und den Rest durch die folgende Eiterung zerstören zu lassen. In einem Falle habe ich diese Operation selbst verrichtet. Wird die Geschwulst rein exstirpirt, so hat man an derselben Stelle ein Recidiv nicht zu fürchten, wohl aber können andere Drüsen in gleicher Weise erkranken. Mir ist das nur ein Mal, und da erst nach mehreren Jahren, vorgekommen.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Uebersicht der in der stationären und in der ambulatorischen chirurgisch-augenärztlichen Klinik der K. Universität zu Bonn vom 1. Oct. 1847 bis Ende Sept. 1848 vorgekommenen Ereignisse.

Von

dem Director der Anstalt, Dr. C. W. Wutzer.

(Schluss.)

Summarische Uebersicht der im chirurgisch-augenärztlichen Poliklinikum behandelten Kranken.

No.	Name der Krankheit.	Summe des Bestandes	Summe des Zuganges	Summe des Bestandes und Zuganges	Abgegangen als geheilt	Abgegangen als gebessert	Abgegangen als ungeheilt	Abgegangen als gestorben	Bestand bleibt
	A. Chirurgische Krankheiten.								
	I. Entzündungen und ihre Ausgänge.								
1	Erysipelas faciei	—	4	4	4	—	—	—	—
2	„ palpebrarum	—	1	1	1	—	—	—	—
3	„ cruris	—	5	5	5	—	—	—	—
4	Parotitis	—	4	4	4	—	—	—	—
5	Angina catarrhalis	1	5	6	6	—	—	—	—
6	Inflammatio rheumatica articuli manus	1	3	4	4	—	—	—	—
7	Periostitis rheumatica	—	2	2	2	—	—	—	—
8	Bubo rheumaticus	—	1	1	1	—	—	—	—
9	Coxarthrocace	—	1	1		—	1	—	
10	Gonarthrocace	—	3	3	2	—	—	—	1
	Latus	2	29	31	29	—	1	—	1

No.	Name der Krankheit.	Summe des: Bestandes	Zuganges	Bestandes und Zuganges	Abgegangen als: geheilt	gebessert	ungeheilt	gestorben	Bestand bleibt
	Transport	2	29	31	29	—	1	—	1
11	Panaritium subcutaneum	—	3	3	3	—	—	—	—
12	„ cellulosum	—	1	1	1	—	—	—	—
13	„ tendinosum	—	4	4	4	—	—	—	—
14	Phlegmone diffusa antibrachii	—	2	2	1	—	—	—	1
15	Paralysis manus post inflamm. chronicam	—	1	1	—	—	1	—	—
16	Hypertrophia tonsillarum post inflamm.	—	4	4	4	—	—	—	—
17	Mastitis	1	2	3	3	—	—	—	—
18	Phimosis	—	2	2	2	—	—	—	—
19	Orchitis a causa interna	—	2	2	2	—	—	—	—
20	„ a causa gonorrhoica	—	3	3	2	—	—	—	1
21	Combustio manus	—	1	1	1	—	—	—	—
22	„ faciei	—	2	2	2	—	—	—	—
23	Tumor glandularum colli	—	6	6	6	—	—	—	—
24	„ „ axillae	—	4	4	3	—	—	—	1
25	„ „ inguinum	—	5	5	5	—	—	—	—
26	Abscessus lymphaticus	—	1	1	1	—	—	—	—
27	„ scrofulosus	—	3	3	3	—	—	—	—
28	„ in nucha	—	1	1	1	—	—	—	—
29	Apostema sacci lacrymalis	—	3	3	2	—	—	—	1
30	Furunculus	—	2	2	2	—	—	—	—
31	Carbunculus	—	1	1	1	—	—	—	—
	II. Geschwüre.								
32	Ulcus atonicum	—	5	5	4	—	—	—	1
33	„ varicosum	—	2	2	1	—	—	—	1
34	„ fistulosum	—	2	2	2	—	—	—	—
35	„ gangraenosum	—	3	3	3	—	—	—	—
36	„ scrofulosum	—	4	4	4	—	—	—	—
37	„ scabiosum	—	3	3	3	—	—	—	—
38	„ impetiginosum	—	6	6	6	—	—	—	—
39	„ leprosum	—	2	2	1	—	—	—	1
40	„ arthriticum	—	1	1	—	—	—	—	1
41	„ syphiliticum	—	16	16	15	—	—	—	1
42	Herpes Zoster	—	3	3	3	—	—	—	—
43	Eczema impetiginoides	—	1	1	1	—	—	—	—
44	Scabies vesiculosa	—	4	4	4	—	—	—	—
45	Psoriasis cruris	—	1	1	—	1	—	—	—
46	Lepra syphilitica	—	1	1	1	—	—	—	—
47	Eczema manus a calcis vivae effectu exortum	—	1	1	1	—	—	—	—
48	Lupus scrofulosus	—	2	2	—	2	—	—	—
49	Pustula maligna	—	1	1	1	—	—	—	—
50	Ulcus cubiti e combustione neglecta	—	1	1	1	—	—	—	—
51	Gangraena pollicis et necrosis	—	1	1	1	—	—	—	—
52	Necrosis ulnae	—	1	1	1	—	—	—	—
53	„ maxillae inferioris	—	1	1	—	1	—	—	—
54	„ phalang. digiti minimi ex panaritio	—	1	1	1	—	—	—	—
55	Caries ossium metatarsi	1	1	2	2	—	—	—	—
56	„ phalang. et metacarpi digit. IV. manus dextrae	—	1	1	—	1	—	—	—
57	„ metacarpi	—	1	1	—	1	—	—	—
58	„ articuli cubiti	—	3	3	1	1	1	—	—
59	„ costarum	1	1	2	1	1	—	—	—
60	„ corp. vertebrarum lumbalium	—	2	2	—	—	2	—	—
61	„ processus mastoidei	—	1	1	1	—	—	—	—
62	Fistula sacci lacrymalis	—	2	2	—	2	—	—	—
63	„ dentalis	—	1	1	1	—	—	—	—
	III. Wunden, Quetschungen, Knochenbrüche.								
64	Vulnus sclopetarium	—	2	2	2	—	—	—	—
65	„ integumentorum capitis	—	10	10	10	—	—	—	—
66	„ „ „ cum commotione cerebri	—	2	2	2	—	—	—	—
67	Vulnus integumentorum capitis cum fractura cranii	—	1	1	1	—	—	—	—
68	Vulnus frontis	—	4	4	3	—	—	—	—
69	„ cranii	1	—	1	1	—	—	—	—
70	„ faciei	—	3	3	3	—	—	—	—
	Latus	6	180	186	160	10	5	—	10

No.	Name der Krankheit.	Summe des: Bestandes	Zuganges	Bestandes und Zuganges	Abgegangen als: geheilt	gebessert	ungeheilt	gestorben	Bestand bleibt
	Transport	6	180	186	160	10	5	—	10
71	Vulnus humeri	—	1	1	1	—	—	—	—
72	„ manus	—	5	5	4	—	—	—	1
73	„ „ cum discissione tendinum	—	2	2	2	—	—	—	—
74	„ digitorum	—	5	5	5	—	—	—	—
75	„ cruris	—	2	2	2	—	—	—	—
76	„ ex morsu canis	—	4	4	4	—	—	—	—
77	Contusio capitis cum commotione cerebri	—	2	2	2	—	—	—	—
78	Contusio articuli humeri	—	5	5	5	—	—	—	—
79	„ scapulae	—	1	1	1	—	—	—	—
80	„ articuli cubiti	1	5	6	6	—	—	—	—
81	„ antibrachii	—	2	2	2	—	—	—	—
82	„ manus	—	4	4	4	—	—	—	—
83	„ costarum	—	3	3	3	—	—	—	—
84	„ natium	—	2	2	2	—	—	—	—
85	„ coxarum	—	1	1	1	—	—	—	—
86	„ genu	—	6	6	6	—	—	—	—
87	„ pedis	—	5	5	5	—	—	—	—
88	Fractura claviculae	—	3	3	3	—	—	—	—
89	„ humeri	—	4	4	4	—	—	—	—
90	„ capituli radii	—	4	4	4	—	—	—	—
91	„ antibrachii	—	3	3	3	—	—	—	—
92	„ tibiae	—	1	1	1	—	—	—	—
93	„ fibulae	—	1	1	1	—	—	—	—
	IV. Relaxationen, Contracturen, Verkrümmungen.								
94	Varices cruris	—	4	4	—	4	—	—	—
95	Telangiectasia in regione glabellae	—	1	1	1	—	—	—	—
96	Prolapsus uteri	—	1	1	—	—	1	—	—
97	„ ani	—	3	3	1	1	1	—	—
98	Anchylosis spuria articuli cubiti	—	3	3	1	—	2	—	—
99	„ „ genu	—	1	1	—	—	1	—	—
100	„ „ manus	—	2	2	—	2	—	—	—
101	„ „ digiti minimi	—	1	1	—	1	—	—	—
102	Strictura urethrae	—	1	1	—	1	—	—	—
	V. Hernien, Verrenkungen, Verkrümmungen.								
103	Hernia inguinalis	—	11	11	—	11	—	—	—
104	„ incarcerata	—	2	2	2	—	—	—	—
105	„ umbilicalis	—	3	3	—	3	—	—	—
106	„ lineae albae	—	2	2	—	2	—	—	—
107	Luxatio humeri	—	5	5	5	—	—	—	—
108	„ manus	—	3	3	3	—	—	—	—
109	„ articuli cubiti	—	3	3	3	—	—	—	—
110	„ phalang. pollicis	—	1	1	1	—	—	—	—
111	„ metacarpi pollicis	—	1	1	1	—	—	—	—
112	Distorsio articuli pedis	—	9	9	9	—	—	—	—
113	„ „ manus	—	4	4	4	—	—	—	—
114	Cyphosis cum spondylarthrocace	—	1	1	—	—	1	—	—
115	Lordosis	—	1	1	—	—	1	—	—
116	Talipes varus	—	10	10	10	—	—	—	—
	VI. Wasser-Ansammlungen, Schleimflüsse, fremde Körper.								
117	Hygroma patellare	—	1	1	—	—	1	—	—
118	Hydrocele	—	7	7	7	—	—	—	—
119	Hydarthrus genu	—	1	1	—	—	1	—	—
120	Gonorrhoea	—	10	10	10	—	—	—	—
121	Fluor albus scrofulosus	—	2	2	1	—	—	—	1
122	„ „ malignus	—	5	5	5	—	—	—	—
123	Otorrhoea	—	6	6	4	2	—	—	—
124	Ganglion	—	2	2	—	—	2	—	—
125	Corpus alienum in naribus	—	3	3	3	—	—	—	—
126	„ „ in meatu auditorio	—	1	1	1	—	—	—	—
127	„ „ in dorso manus	—	1	1	1	—	—	—	—
128	„ „ in planta pedis	—	5	5	5	—	—	—	—
	Latus	7	368	375	309	37	16	—	12

No.	Name der Krankheit.	Summe des: Bestandes	Zuganges	Bestandes und Zuganges	Abgegangen als: geheilt	gebessert	ungeheilt	gestorben	Bestand bleibt
	Transport	7	368	375	309	37	16	—	12
	VII. Pseudorganisationen, Pseudoproducte, Bildungsfehler.								
129	Exostosis metacarpi manus sinistrae	—	1	1	—	—	1	—	—
130	Tophus syphiliticus tibiae	—	2	2	1	1	—	—	—
131	Parulis	—	4	4	4	—	—	—	—
132	Epulis	—	2	2	2	—	—	—	—
133	Polypus nasi	—	3	3	2	1	—	—	—
134	„ pharyngis	—	2	2	—	1	1	—	—
135	Struma lymphatica	—	1	1	—	—	1	—	—
136	„ cystica	—	1	1	—	—	1	—	—
137	Haemorrhoides	—	1	1	1	—	—	—	—
138	Condylomata acuta	—	3	3	3	—	—	—	—
139	Verruca manus	—	1	1	1	—	—	—	—
140	„ cancrosa	—	1	1	1	—	—	—	—
141	Favus exulcerans	—	1	1	—	—	1	—	—
142	Tumor cysticus palpebrae inferioris	—	1	1	1	—	—	—	—
143	Corpus fibrosum mammae	—	4	4	4	—	—	—	—
144	„ „ genae	—	2	2	2	—	—	—	—
145	„ „ ossis (Osteosteatoma)	—	1	1	—	—	1	—	—
146	Scirrhus mammae	—	1	1	1	—	—	—	—
147	Fungus medullaris ossis femoris	—	1	1	—	—	1	—	—
148	„ „ antri Highmori	—	1	1	—	—	—	1	—
149	„ „ thoracis	—	1	1	—	—	1	—	—
150	Cancer genae	—	2	2	2	—	—	—	—
151	„ labii inferioris	—	5	5	5	—	—	—	—
152	„ apertus glandis et praeputii	—	1	1	1	—	—	—	—
153	Cicatrix deformis genae	—	1	1	1	—	—	—	—
154	Labium leporinum	—	1	1	1	—	—	—	—
155	Lipoma	—	1	1	1	—	—	—	—
156	Cancer apertus mammae	—	1	1	—	—	1	—	—
	Summe der chirurg. Krankheiten	7	416	423	344	40	25	1	13
	B. Augenkrankheiten.								
	I. Entzündungen und ihre Ausgänge.								
1	Blepharitis chronica	—	3	3	3	—	—	—	—
2	„ catarrhalis	—	6	6	5	—	—	—	1
3	„ rheumatica	—	4	4	4	—	—	—	—
4	„ scrofulosa	—	9	9	9	—	—	—	—
5	„ contagiosa	—	4	4	4	—	—	—	—
6	Blepharophthalmia scrofuloso-rheumat.	—	1	1	1	—	—	—	—
7	„ rheumatico-catarrhalis	—	1	1	1	—	—	—	—
8	Ophthalmia traumatica	—	2	2	2	—	—	—	—
9	„ catarrhalis	—	4	4	4	—	—	—	—
10	„ rheumatico-scrofulosa	—	7	7	7	—	—	—	—
11	„ scrofulosa	1	8	9	9	—	—	—	—
12	„ scrofuloso-catarrhalis	—	6	6	6	—	—	—	—
13	„ exanthematica	—	5	5	4	—	—	—	1
14	Keratitis scrofulosa	—	2	2	2	—	—	—	—
15	Iritis rheumatica	—	2	2	2	—	—	—	—
16	„ syphilitica	—	1	1	1	—	—	—	—
17	Blepharophthalmoblennorrhoea	—	2	2	2	—	—	—	—
18	Haemophthalmos	—	1	1	—	1	—	—	—
19	Hydrophthalmos	—	1	1	—	1	—	—	—
20	Pannus vasculosus	—	4	4	4	—	—	—	—
21	„ membranaceus	—	3	3	3	—	—	—	—
22	Ulcus corneae	—	2	2	—	2	—	—	—
23	Maculae corneae	—	3	3	—	3	—	—	—
24	Leucoma corneae	—	3	3	—	—	3	—	—
25	Ruptura corneae a causa mechanica	—	1	1	1	—	—	—	—
26	„ capsulae lentis a causa mechanica, lens crystallina ejecta	—	1	1	—	—	1	—	—
27	Pterygium	—	1	1	—	1	—	—	—
28	Trichiasis	—	4	4	—	3	—	—	1
29	Distichiasis	—	5	5	—	5	—	—	—
30	Hordeolum	—	3	3	3	—	—	—	—
31	Ptilosis	—	1	1	—	1	—	—	—
	Latus	1	100	101	77	17	4	—	3

No.	Name der Krankheit.	Summe des: Bestandes	Zuganges	Bestandes und Zuganges	Abgegangen als: geheilt	gebessert	ungeheilt	gestorben	Bestand bleibt
	Transport	1	100	101	77	17	4	—	3
32	Entropium	—	4	4	4	—	—	—	—
33	Corpora aliena in cornea	—	4	4	4	—	—	—	—
	II. Kachexien.								
34	Cataracta incipiens	—	1	1	—	—	1	—	—
35	Verruca palpebrae	—	1	1	1	—	—	—	—
36	Cancer apertus orbitae	—	1	1	—	—	1	—	—
	III. Neurosen.								
37	Strabismus convergens	—	1	1	—	—	1	—	—
38	Amblyopia	—	1	1	—	—	1	—	—
39	Amaurosis erethistica	—	1	1	—	—	1	—	—
	Summe der Augenkrankheiten	1	114	115	86	17	9	—	3
	Summe der chirurg. Krankheiten	7	416	423	344	40	25	1	13
	Hauptsumme	8	530	538	430	57	34	1	16

No.	Operationen.	überhaupt	Erfolg: geheilt	gebessert	ungeheilt	gestorben
	A. Chirurgische Operationen.					
1	Excisio cicatricum deformium genae	1	1	—	—	—
2	Tenotomia	10	10	—	—	—
3	Punctio hydroceles	7	7	—	—	—
4	Extractio corporum alienorum e planta pedis	5	5	—	—	—
5	„ „ „ e naribus	3	2	—	—	—
6	„ „ „ e meatu auditorio	2	3	—	—	—
7	Repositio ossium luxatorum	13	13	—	—	—
8	„ herniae scrotalis incarceratae	1	1	—	—	—
9	Ligatura fungi labii inferioris	1	1	—	—	—
10	„ verrucae manus	2	2	—	—	—
11	Extractio polyporum narium	3	3	—	—	—
12	Exstirpatio cancri genae	2	2	—	—	—
13	„ scirrhi labii inferioris	5	5	—	—	—
14	„ corporis fibrosi genae	2	2	—	—	—
15	Amputatio mammae	1	1	—	—	—
16	„ glandis et praeputii partialis	1	1	—	—	—
17	Abscissio tonsillarum partialis	4	4	—	—	—
18	Sutura cruenta	30	30	—	—	—
19	Oncotomia	19	19	—	—	—
20	Applicatio ferri candentis	27	27	—	—	—
	Summe der chirurgischen Operationen	139	139	—	—	—
	B. Augenoperationen.					
1	Operatio entropii	1	1	—	—	—
2	Exstirpatio tumoris cystici palpebrae	1	1	—	—	—
3	Extractio corporum alienorum e cornea	4	4	—	—	—
	Summe der Augenoperationen	6	6	—	—	—
	Summe der chirurgischen Operationen	139	139	—	—	—
	Hauptsumme	145	145	—	—	—

Die chirurgische Klinik zu Erlangen im Wintersemester $18\frac{48}{49}$.

Von

Assistenzarzt O. Heyfelder.

An den früheren Bericht über unsre Klinik schliessen sich der Zeit nach folgende operative Fälle an, deren Mittheilung ich zugleich als Bericht über meine vikariirende Amtsführung ansehen kann, indem sie bei Abwesenheit des Directors sämmtlich dem Assistenzarzte anheimfielen.

1. Hydrocele.

Johann Stöschniger, ein kräftiger Bauersmann von 32 Jahren, kam am 10. October in die hiesige Klinik, um sich der Operation eines durch seine Ausdehnung störenden und beschwerlichen Wasserbruchs zu unterziehen. Ungefähr in seinem 14ten Jahr glaubte er zuerst Vergrösserung der rechten Hälfte des Hodensacks zu bemerken, welche langsam zunahm, jetzt aber den Umfang eines starken Mannskopfes erreicht hatte. Auf derselben Seite war seit etwa $^3/_4$ Jahren ein Leistenbruch entstanden, der jedoch leicht reponirt werden konnte. Die Operation erlitt Aufschub durch eine intercurrirende Variolois, welche ohne Prodromalerscheinungen am zweiten Tage nach dem Eintritt des Kranken ausbrach und, ohne allen Widerklang im Gesammtbefinden, übrigens normal verlief. Nachdem am 2. November mit beendigter Abschuppung der Cyklus des Exanthems als vollendet angesehen werden konnte, nahm ich am 6ten die Operation der Hydrocele *per excisionem* vor. Die sich entleerende Flüssigkeit war bräunlich, anfangs dünnflüssig, später mit grummöser, Chokolade ähnlicher Masse gemengt. Die Scheidenhaut fand sich bedeutend verdickt, hart, von Lederconsistenz. Nachdem ein hinlänglich grosses Stück derselben excidirt und die innere Wunde gereinigt worden, vereinigte ich die äussere durch Knopfnähte, bedeckte sie mit einem Ceratlappen und liess kalte Ueberschläge machen.

Am Abend desselben Tages klagte der Kranke über Schmerz im Hodensack und über allgemeine Mattigkeit; sein Puls war fieberhaft gereizt. Unter Steigerung dieser Symptome, bei vollständigem Appetitmangel kam der dritte Tag, wo der Verband abgenommen wurde. Das Zellgewebe zunächst der Wunde war gangränös abgestorben, das Scrotum theils mit jener Flüssigkeit in der Hydrocele, theils mit stinkender Jauche gefüllt. Das abgestorbene Zellgewebe ward abgetragen, die Wunde gereinigt; diese Behandlung täglich zweimal wiederholt. Gleichwohl collabirte der Kranke täglich mehr, genoss fast nichts und klagte über beständigen Schmerz. Am 11ten traten Erysipelas des Hodensacks und der benachbarten Theile, und zugleich auch gastrische Erscheinungen auf. Ein Brechmittel blieb ohne Wirkung und Erfolg. Zu oben beschriebenem Zustande gesellten sich am 12ten Rasselgeräusche auf der Brust, die sich zuweilen bis zu Erstickungsnoth steigerten. Die Jaucheabsonderung ging profus vor sich. Am 14ten Nachts erfolgte der Tod.

Der Leichenbefund ergab Gangrän des Zellgewebes im Hodensack, der Epidermis um die Wunde herum, der Scrotalhaut der rechten Seite. In der Bauchhöhle fand sich nichts von der Norm Abweichendes; in der Brusthöhle dagegen Ergiessung, rechts etwa 4 Unzen eiterigen Exsudats und *injectio capillaris pleurae*.

In No. 1. der deutschen Klinik berichtet Langenbeck, dass ihm unter 140 operirten Wasserbrüchen nicht Einmal ein unglücklicher Ausgang vorgekommen sei. Von dieser Erfahrung ist eben der vorliegende Fall eine Ausnahme, liefert dagegen einen Beleg für Rust's Behauptung (Medic. Ver. Zeitg. 1833. No. 42.), nach welcher ein unglücklicher Ausgang dieser Operation nicht eben selten ist. Ob in unserm Falle das kurz zuvor durchgemachte Exanthem prädisponirend für das Erysipelas etc. gewesen, oder ob der Jahre lange Bestand des Wasserbruchs oder die bedeutende Entartung der *tunica vaginalis* den tödlichen Ausgang eingeleitet, wage ich nicht zu entscheiden.

2. *Amputatio cruris.*

Am 19. November ward eine Bauernfrau (Elisabeth Häfner) von mittlerer Grösse und zarter Constitution in das Hospital gebracht, die das Unglück gehabt, am 5ten auf ihrer Treppe zu fallen. Die Treppenstufe war gebrochen, der Fuss zwischen die Bruchtheile eingeklemmt worden, während die Frau rücklings niederfiel. Grosser Schmerz und schlaffes Herabhängen des Fusses liessen gleich Knochenbruch vermuthen. Ein Bader erklärte nach mehrstündigen Versuchen sich für unfähig zur Leitung der Behandlung und die Kranke wurde daher andern Tages zu einem sogenannten Einrichter gefahren, der sich und die Frau ebenfalls vergeblich quälte. Bei allen diesen Vorgängen verlor die Kranke viel Blut, so dass sie ziemlich geschwächt war, als sie nach 14 Tagen zum hiesigen Klinikum ihre Zuflucht nahm. Der Fuss hing schlaff nach rechts hinab, Tibia und Fibula waren über den Knöcheln gebrochen; das obere Bruchende der Tibia ragte aus der $2^1/_2$ Zoll langen Wunde der Weichtheile heraus, die Wundfläche war mit gutem Eiter und starken Granulationen bedeckt. Die Bewegung des Tibiotarsalgelenkes war natürlich unmöglich, die der Zehen nicht beeinträchtigt. Es blieb nichts übrig als die Amputation des Unterschenkels, die ich am 20. November mittelst des Flageoletschnitts und nach vorhergeganger Anwendung des Chloroform vornahm.

Die anatomische Untersuchung des abgesetzten Gliedes ergab Bruch der Tibia direct über dem innern, der Fibula 2 Zoll über dem äussern Knöchel; starke Verletzung der Weichtheile in der Gegend des Tibiotarsalgelenks; ödematöse Infiltration des subcutanen und interstitiellen Zellgewebes.

Während der ersten Tage war die Operirte ziemlich matt. Der Puls fieberhaft gereizt. Gegen den dritten Tag nahmen Appetit und Kräfte etwas zu. Als nach 3mal 24 Stunden der Verband erneuert wurde, bot die Wunde ein gutes Aussehen dar, und am unteren Theile hatte sich eine Zollbreite Fleischbrücke gebildet. Jetzt geht die Heilung der Wunde, wie die Reconvalescenz der Operirten zwar langsam, was bei einem Alter von 60 Jahren nicht anders zu erwarten ist, aber vollkommen gut von Statten.

3. Exstirpation eines *fungus haematodes.*

Am 10. November hatte sich ein Bauer (Joh. Braun, 34 Jahr alt) mit einem *fungus haematodes* an dem rechten Schulterblatt zur Operation gestellt. Der Patient gab an, schon als 10jähriger Knabe eine kleine, Kaffeebohnen ähnliche Erhabenheit auf der rechten Schulter bemerkt zu haben, die unmerklich zunahm, dann schmerzhaft wurde und aufbrach, als er, ungefähr 28 Jahre alt, als Brauknecht viel auf dem Rücken zu tragen genöthigt war. Vor $2^1/_2$ Jahr wurde die Geschwulst zum erstenmal hier exstirpirt. Die Heilung erfolgte bald; ein Jahr lang blieb er vollkommen gesund. Dann begann das Aftergebilde sich wieder zu zeigen und hatte jetzt folgende Beschaffenheit: Zwei ungleiche Erhabenheiten von blaurother Farbe quollen gleichsam aus der Epidermis hervor; sie bluten leicht, eitern unbedeutend, sind gegen Druck schmerzhaft. Am 22sten wurde zur Operation geschritten: zwei Ovalschnitte wurden um die Geschwulst herum, durch die gesunden Theile geführt; diese aufgehoben und abgetrennt; mehrere kleine Arterien, aus welchen Blutung erfolgte, unterbunden und die Wunde durch Heftpflasterstreifen vereinigt. Der Operirte befand sich die nächsten Tage vollkommen wohl. Als am dritten Tag der Verband erneuert ward, fanden sich die Wundränder genähert, die Wundfläche mit guten Granulationen bedeckt. Nunmehr findet sich bei vollkommenem Wohlsein des Operirten die Wunde auf bestem Wege der Heilung. Hieran schliesst sich

4. Die Excision eines Lippenkrebses

bei einem kräftigen Landmann (Jos. Pfister 45 Jahre alt). Vor zwei Jahren bemerkte der Mann ein rothes Bläschen auf der Unterlippe nahe dem Mundwinkel. Er konnte die obere Haut davon ablösen, kratzte mit den Nägeln daran; es bildete sich nach und nach ein Schorf darauf und bei seinem Eintritt in das Hospital war es eine Geschwulst mit allen characteristischen Zeichen des Krebses.

Am 29. November exstirpirte ich das Carcinom durch zwei sich als V begegnende Schnitte mit der Kniescheere und legte die umschlungene Naht an. Am vierten Tage war vollständige, schöne Vereinigung der Wundränder erfolgt, so dass der Operirte am fünften Tage als geheilt entlassen werden konnte.

5. *Hernia incarcerata.*

Am 4. Dezember 1 Uhr ward ich zu einer Frau (E. Albrecht) gerufen, die an einem Leibschaden leide. Ich fand *hernia cruralis incarcerata*. Die Kranke hatte sich vor $^3/_4$ Jahren durch Heben einer grossen Last vom Erdboden auf den Bruch zugezogen, der zeitweise herausging, stets aber leicht reponirt werden konnte. Am 4ten Vormittags 11 Uhr, war er ihr bei leichten Hausgeschäften vorgefallen, und nicht mehr zurück zu bringen. Bald stellten sich Schmerzen im Schenkelringe und in der Leistengegend ein; Kopfweh, Uebelkeit gesellten sich hinzu. Als ich kam, war der Puls klein, ziemlich frequent; das Gesicht der Kranken blass, die Schmerzen bedeutend. Der Versuch zu reponiren war vergeblich und blieb es auch nach einem Aderlass, Camillenklystier, örtlichen Camillenfomentationen. Kaum aber war die Patientin durch Chloroforminhalationen in Schlaf versetzt, so gelang die Zurückbringung des Bruches leicht und ohne Mühe.

Noch fühle ich mich veranlasst, einen interessanten Fall von *paralysis nervi facialis e commotione cerebri* zu erwähnen, der sich in der hiesigen Klinik darbot. Vor acht Tagen fiel ein gesunder Mann (Karl Wunder, 37 Jahr alt) in nicht ganz nüchternem Zustande Nachts seine Treppe hinab. Er blieb bewusstlos liegen, ward in sein Bett getragen, wo er erst andern Morgens erwachte. Störungen des Gefühls und der Bewegung auf der rechten Seite, auf die er besonders gefallen war, bewogen ihn, ins Hospital zu kommen. Auf der rechten Kopfhälfte hatte er Schmerz und geringe Geschwulst. Beim Kauen und Sprechen waren die Gesichtsmuskeln derselben Seite unthätig; wenn er lachte, verzog sich der Mund nach links; ward er aufgefordert die Augen zu schliessen, so gelang ihm dies nur mit dem linken Auge; die Lider des rechten blieben offen und er kehrte den Bulbus nach oben. Dies

Auge schmerzte ihn seit den letzten Tagen. Aus dem rechten Ohr hatte er stark geblutet, und in demselben erst ein starkes, jetzt ein mässigeres Rauschen. Dabei war stets eine Art von Druck in der Schulter, dem Arm und der obern Thoraxhälfte der rechten Seite vorhanden.

Medicinische Klinik des Hofrath Dr. Oppolzer in Leipzig

von

Dr. Hennig.

Perimyelitis partialis chronica (quantum videre licet) cum myitide dorsali.

Diese nicht mit hinreichender Sicherheit zu stellende Diagnose betrifft einen am 7. November 1849 im Jacobs-Hospitale zur Beobachtung gekommenen Fall. Der Kranke, Schuhmacher von Profession, 39 Jahr alt, überstand vor 20 Jahren glücklich die Pocken. Seit 8 Jahren spielt, jedoch mit langer Unterbrechung, das gegenwärtige Leiden. Bei seinem Beginn, wo eine Verkühlung des stark erhitzten Körpers die Gelegenheitsursache abgab, stellte es sich als Reissen in den Beinen dar, welches ihn 8 Wochen zum Liegen nöthigte. Die Schmerzen erstreckten sich jederseits vom Darmbeine bis zu den Zehen, wobei der Fussrücken die empfindlichste Stelle war, die Fusssohle wenig schmerzte oder frei blieb. Zu jener Zeit — es war im Winter — hatte Patient Nachtwächterdienst gethan; nachdem er wieder aufgekommen war, konnte er solchen zwar wieder verrichten, hatte aber lange über Mattigkeit der unteren Extremitäten sich zu beschweren. Fliegende Vesicatore längs der Schenkel und eine innere Arznei hatten ihn damals in seiner Genesung unterstützt.

Gegen Ostern d. J. befiel ihn nach abermaliger Durchnässung Rücken- und Lendenschmerz, wobei er das Gefühl hatte, als müsse er sich beständig vorwärts beugen; diesmal waren die Beine frei von Schmerz, doch in höherem Grade unkräftig. Dabei blieb der Appetit gut, doch war die Fäcalentleerung träg und sehr anstrengend. Einmal fand dreitägige Urinverhaltung statt, doch ohne Drang zur Entleerung; plötzlich ging eine grosse Menge Urin ab. Der behandelnde Arzt hatte ihm Kamphereinreibungen verordnet. Später hat er sich an einen andern gewandt, der ihm ein inneres Mittel verabreichte. Seit derselben Zeit will Patient auf beiden Ohren schwerer hören (doch ist dieser Uebelstand von geringerem Grade, besteht ohne Ohrenzwang und Ausfluss). Die Schwäche der Beine hat bis dato zugenommen; dieselben sind während der Zeit ziemlich mager geworden. Der Schlaf war oft durch die Rückenschmerzen gestört; auch kam ein Kummer dazu, indem Patient seine Frau verlor.

Status praesens. Wir sehen einen ziemlich grossen, gut und kräftig gebauten Mann vor uns, dessen Schenkelmuskeln viel schlaffer erscheinen. Viele Stellen der dunkeln, festen Haut sind mit Prurigo bedeckt. Sein Gang ist wackelig und zitternd, während er im Liegen die Beine gut bewegen kann, obwohl er die Schwäche fühlt; das Aufrichten und Gehen steigert den Schmerz. Das Allgemeingefühl, die Mit- und Reflexbewegungen der Schenkel erfolgen ohne Fehl; Bau und Umrisse der Wirbelsäule lassen nichts Krankhaftes erkennen. Vom neunten Brustwirbel aber bis zum Kreuzbeine empfindet Patient Schmerz beim Aufdrücken und Percutiren, und zwar nicht nur in dem Umfange der Wirbel, noch in einigen Zwischenwirbelräumen vorzugsweise, sondern in der ganzen Breite bis zum äusseren Rande und längs der *Musc. longissimi dorsi* beiderseits; die so hervorgerufenen Schmerzen strahlen jedesmal bis gegen den oberen vorderen Darmbeinstachel aus; die mittleren Schmerzenspunkte der Lumbarnerven, so wie die vorderen neben der weissen Linie werden eben so wie die an den Ursprüngen von der Wirbelsäule vermisst. Das Experiment mit dem warmen Schwamm ist nach Oppolzer's Meinung nur von Belang, wenn eine Hautempfindlichkeit von einer tieferen unterschieden werden soll, indem die erstere deutlich darauf reagirt; im Uebrigen kommt man mit Aufdrücken und Percutiren der Wirbel wenigstens eben so weit.

Patient vermeidet, die Wirbelsäule zu bewegen und schont ganz besonders die Lendenwirbel. Kopf- und Geistesfunctionen sind gut; reichlich angesammeltes Ohrenschmalz hindert uns heute, auf die Schwerhörigkeit näher einzugehen; übrigens hört Patient leidlich unsere Fragen. Die oberen Extremitäten sind in bester Beschaffenheit. Der Appetit ist gut, der Mastdarm ward vorgestern zuletzt hart und unter Anstrengung entleert; der heute gelassene Urin ist klar, reagirt sauer (nicht alkalisch, wie oft bei Rückenmarksleiden), enthält kein Eiweiss. Die Blase fühlt man über der Symphyse ausgedehnt; Druck auf diese Geschwulst verursacht Drang zum Uriniren. Der Bauch ist etwas ausgedehnt und giebt vollen tympanischen Ton; die Leber ist nicht grösser, wohl aber die Milz. Der Thorax ist in- und auswendig von gutem Befund. Die Lumbalgegend ist beiderseits, besonders im Verlauf der breiten Rückenmuskeln, etwas aufgetrieben. Im Kreislaufe keine Störung.

Bei Stellung der Diagnose verwahrte sich Opp. zunächst gegen Einführung des neuern Collectivbegriffs „Spinalirritation", mit welchem man Zustände zu bezeichnen sich angewöhnt habe, welche mit dem vorliegenden Falle Vieles gemein haben, welchen jedoch eine anatomische oder physiologische Grundlage durchaus abgeht; dieses lehre schon die Geschichte des Ausdrucks selbst; anfangs sei er ganz besonders den Fällen angepasst worden, welche höhere Empfindlichkeit der innerhalb des Wirbelkanals gelegenen Theile beim stärkeren Aufdrücken auf die Dornfortsätze kund gaben, welche Untersuchungsmethode schon ihren Zweck verfehlen müsse, da der starrwandige Wirbelkanal seinen Inhalt gegen solcherlei Eindrücke vollkommen schütze; später habe man dieses diagnostische Moment wieder fallen lassen und auch schmerzlose Formen in das Bereich der Spinalirritation gezogen. Die Gewährsmänner geben auch selbst das Unsichere und Unstäte dieses Begriffs zu, indem sie zur genauern Erforschung der Einzelzustände des Rückenmarks, der Wirbel und Bänder, sowie etwaiger Leiden der mit ersterm in regem Nervenverkehr stehenden Organe ermahnen. So könnte unser Fall mit seinen Erscheinungen auf ein perforirendes Magengeschwür passen, bei welchem der achte und neunte Rückenwirbel vorzugsweise empfindlich sein sollen — wenn nicht alle übrigen physiologischen Erscheinungen jenes Uebels uns abgingen; es könnte aber auch ein Druck auf die Spinalnerven bei ihren Austritten aus den Zwischenwirbellöchern, z. B. von Anschwellung der Bandapparate, oder der Wirbel selbst, oder der gleichlaufenden Gefässe, ihm zu Grunde liegen, doch die Abwesenheit der drei Schmerzpunkte und das Ausstrahlen der Schmerzen in andern als den Nervenbahnen sprechen gegen Neuralgie; dagegen finden wir eine Partie Rückenmuskeln, besonders die *longissimi dorsi* in einem Congestivzustande, nämlich empfindlich, geschwollen und gelähmt. Gleichwohl erklärt dieser nicht die Schwäche der untern Extremitäten, der Blase und des Mastdarms. Wir müssen den Grund dazu tiefer suchen. Da keine Allgemeinkrankheiten, wie Syphilis, Metallvergiftung etc. vorausgingen, so halten wir uns an bekannte örtliche anatomische Befunde. Für ein Leiden des Rückenmarks selbst mit Inbegriff seiner Häute sind die Erscheinungen weder intensiv genug, noch characteristisch, denn die ergriffnen Theile fungiren noch, wenn auch träg; wirkliche Lähmungen und Krämpfe sind sowenig vorhanden als übermässige, zumal spontane Schmerzen. Der Häufigkeit nach könnte man auf Anschwellung der Wirbelgelenke schliessen, wenn es Pat. vermiede, die Wirbelsäule in senkrechte Haltung zu bringen; doch diess gelingt ihm ziemlich leicht. So bleibt nur noch ein Leiden der Bänder oder des Periosteums der Wirbelsäule übrig, um die gestörte Innervation, welche hier von einem umschriebenen Theile des Rückenmarks oder der von da abgehenden Nerven ausgeht, zu erklären. Nämlich in der Gegend, von wo der Sacralplexus entspringt, wird der Wahrscheinlichkeit nach ein Druck auf den Centralstamm ausgeübt; die weitere Beobachtung wird uns das Nähere lehren.

Die Prognose ist sehr vorsichtig, fast ungünstig zu stellen, da dergleichen schleichende Entzündungen, welche den Schein eines rheumatischen Processes an sich tragen, oft der sorgfältigsten Behandlung widerstehn, wie auch der bisherige Verlauf unsers Falles lehrt.

Die Behandlung leiten wir mit einer örtlichen Blutentziehung ein, welche, zumal bei der trägen Entleerung, durch ein mildes Laxans *(elect. lenitiv.)* unterstützt werden soll, um die bestehende Stase zu heben; hierauf sollen fliegende Vesicatore und lauwarme Bäder folgen.

Mittheilungen aus der Poliklinik des Professor Romberg in Berlin.

Ueber Paraplegie.

I. Am 1. November wurde ein 47jähriger Tapezierer vorgestellt, der im März auf einem zugigen Boden längere Zeit gearbeitet hatte und mit fast erstarrten unteren Extremitäten nach Hause gekommen war. Schon nach Verlauf von drei Tagen klagte er über Mattigkeit, Schwere und Kälte der Beine, und die stete Zunahme dieser Symptome veranlasste ihn endlich, in der Klinik Hülfe zu suchen. Seit dem Eintritt der kalten Jahreszeit hatte sich eine merkliche Verschlimmerung eingestellt; die Beweglichkeit der Beine war dergestalt beeinträchtigt, dass insbesondere Streckbewegungen der Zehen und des Fusses gar nicht, Flexion im Kniegelenke nur mit grosser Mühe vollzogen werden konnten. Ohne Unterstützung vermochte er weder zu gehen noch zu stehen; doch blieb das Schliessen der Augen ohne Einfluss. Auch die Sensibilität der unteren Extremitäten bis hinauf zum Nabel war abgestumpft, so dass Nadelstiche nicht deutlich empfunden wurden. Die

Kraft der Bauchmuskeln war geschwächt; Patient konnte nicht mehr so energisch, wie sonst, die harten Excremente herausdrängen. Der Stuhlgang, meist verstopft, konnte, wenn er eintrat, vom Kranken nicht zurückgehalten werden. Erectionen fanden zwar statt, aber ohne Trieb zum Coitus. Der Urin war mit harnsauren Salzen überladen. Früher vorhandene starke Fussschweisse waren verschwunden, und statt derselben nur eine gelinde Feuchtigkeit vorhanden. Die oberen Extremitäten waren vollkommen frei, und der übrige Gesundheitszustand liess überhaupt nichts zu wünschen übrig.

Ueber diesen Fall bemerkte R. Folgendes:

„Sie haben hier, meine Herren, abermals das Bild einer Paraplegie vor sich, und zwar einer Paraplegie mit Aufhebung des Willenseinflusses auf die befallenen Theile. Der Kranke hat die Herrschaft über die Muskeln seiner unteren Extremitäten fast vollständig eingebüsst, er kann weder gehen noch stehen, noch auch im Liegen Bewegungen mit den Beinen vornehmen. Schon dieser Umstand würde gegen die Annahme einer *Tabes dorsualis* sprechen, in welcher Krankheit die Leitung durch das Rückenmark nicht aufgehoben ist, und daher der Kranke seinen Willen fast bis zuletzt auf die Extremitäten wirken lassen kann. Auch vermissen Sie hier die Einwirkung des gehemmten Sehens auf die Beweglichkeit; ein Verlust des Gleichgewichts findet beim Schliessen der Augen nicht statt. Wir haben hier jedoch ohne Zweifel eine Paraplegie vor uns, deren Ursache sich im Rückenmarke oder wenigstens in der Wirbelhöhle befindet, und zwar muss dieser Anlass mindestens in der Höhe der mittleren Dorsalwirbel seinen Sitz haben, weil die Abnahme des Hautgefühls bis zum Nabel hinauf bemerkbar ist. Sie könnten allerdings auch an eine peripherische Lähmung, eine *Paraplegia rheumatica*, denken, die bekanntlich mit ganz ähnlichen Symptomen auftreten kann; allein eine Erscheinung, welche Sie hier beobachten, kommt dieser rheumatischen Lähmung niemals zu, ich meine die beginnende Paralyse des *Sphincter ani*. Diese deutet entschieden auf einen centralen Ursprung hin.

Der Ursprung der Krankheit lässt sich in diesem Falle genau nachweisen. Der Kranke selbst giebt uns das plötzliche Entstehen nach der längeren Einwirkung der Zugluft auf die unteren Extremitäten an, und dieser Umstand könnte allerdings zur Annahme einer rheumatischen Lähmung beitragen. Allein durch den rheumatischen Anlass wurden hier die früher sehr profusen Fussschweisse bis auf eine geringe Feuchtigkeit der Füsse unterdrückt, und diese Suppression gewohnter Fussschweisse ist eine sehr wichtige Quelle für Paraplegieen, weniger für andere Krankheiten, die man oft damit in Zusammenhang bringen will. Die Bestimmung der *Species morbi*, die hier zu Grunde liegt, möchte in diesem wie in allen ähnlichen Fällen kaum möglich sein. So viel steht indess wohl fest, dass wir es hier nicht bloss mit einem rein comprimirenden Anlasse zu thun haben, denn die Contractionen, die von Zeit zu Zeit in den gelähmten Theilen stattfinden, wobei dieselben ganz starr und steif werden, deuten gleichzeitig auf eine Reizung des Rückenmarks hin. Auch scheint hieraus der Sitz des Anlasses an oder in den vorderen Strängen der *Medulla spinalis* hervorzugehen; denn wären auch die hinteren ergriffen, so müssten wir nach den bekannten Gesetzen ähnliche Erscheinungen in der Sphäre der Sensibilität erwarten; allein weder die Contracturen sind schmerzhaft, noch empfindet der Kranke sonst Formication oder Schmerzen in den gelähmten Theilen. Jedenfalls werden Sie im Hause des Kranken noch die Wirbelsäule auf das Sorgfältigste zu untersuchen haben.

Noch auf ein Symptom, auf die Lähmung der Bauchmuskeln, muss ich Ihre Aufmerksamkeit richten. Die Muskeln werden dadurch schlaff, lassen sich durch die mit Gas angefüllten Därme ausdehnen, und ich habe diesen Zustand in einem Falle so entwickelt gesehen, dass der Bauch wie eine Blase herunterhing. Das klinische Experiment, um die Lähmung der Bauchmuskeln zu erkennen, besteht darin, dass Sie den Kranken auffordern, zu pressen, als ob er Stuhlgang haben sollte. Dies ist dann, wegen der mangelhaften Contraction der Bauchmuskeln, nicht mehr so gut möglich, als im gesunden Zustande, und aus demselben Grunde kann der Kranke auch nicht mehr so gut husten, niesen, schreien, selbst sprechen, während alle inspiratorischen Acte, wie z. B. Gähnen, ungestört vollzogen werden können. Diese Umstände sind diagnostisch sehr wichtig, weil Sie daraus schliessen können, dass die Krankheit bis zur oberen Dorsalpartie des Rückenmarks, von welcher die Nerven für die Bauchmuskeln abtreten, hinaufreicht.

Den Urin finden wir bei unserm Kranken auffallend sauer, mit harnsauren Salzen überladen. Versäumen Sie niemals bei spinalen Lähmungen diese Untersuchung. Wie leicht Phosphatbildung im Urin bei Blasenlähmung erfolgt, ist bekannt, und schon Dupuytren machte auf die schnelle Incrustation der Katheter in solchen Fällen aufmerksam. Der Einfluss der Rückenmarkskrankheit auf die Nieren zeigt sich bisweilen schon im Anfange durch eine alkalische Beschaffenheit des Urins; ich erinnere mich bei dieser Gelegenheit der Experimente eines englischen Arztes, der zunächst die Blase entleerte, dann Wasser einspritzte, und den neu eintretenden Urin, der also noch nicht in der Blase stagnirt hatte, bereits alkalisch fand.

Wir kommen nun zur Behandlung der Krankheit. Die Prognose ist allerdings ungünstig, dennoch wäre es unrecht, von vornherein alle Hoffnung aufzugeben, den traurigen Zustand des Kranken wenigstens zu verbessern. Als günstige Umstände hebe ich hervor, dass die Krankheit hier noch nicht sehr eingewurzelt, und ein deutliches aetiologisches Moment vorhanden ist. Das letztere würde uns, falls der Kranke den bemittelten Ständen angehörte, auffordern, denselben nach Wiesbaden zu schicken. Nur hüten Sie sich in solchen Fällen vor dem Gebrauche der Kaltwasserkuren, die überhaupt bei Nervenkrankheiten so grosses Unheil anstiften können. Ausser den Thermen von Wiesbaden können Sie einem Kranken, wie Sie ihn vor sich haben, Teplitz, Landeck, Warmbrunn, endlich auch Gastein und Wildbad empfehlen, zwei Thermen, die bei *Tabes dorsualis* so häufig gemissbraucht werden. Da indess die Verhältnisse dieses Kranken eine Badereise verbieten, so rathe ich Ihnen, den Versuch mit einer Reihe russischer Dampfbäder zu machen, anfangs einen um den andern Tag, später täglich. Im Bade müssen Beine und Rücken stark gerieben, und auf den letzteren die kalte Brause angewendet werden. Nach dem Bade lassen Sie den Kranken 1—1½ Stunden nachschwitzen.“

II. Am 19. November wurde ein 4jähriger Knabe in der Klinik vorgestellt. Seit dem Februar d. J. bemerkte die Mutter, dass der Knabe nicht so lange gehen konnte als sonst; er wurde rasch müde und musste sich setzen. Beim Niedersetzen zeigte sich eine auffallende Steifheit, während das Aufrichten ohne fremde Hülfe gar nicht mehr möglich war. Auch im Bette konnte sich der Knabe nicht allein von einer Seite zur andern drehen. Bei der Untersuchung zeigten die *Process. spinosi* der vier untersten Dorsalwirbel eine leichte Prominenz und waren beim Druck sehr empfindlich. Dabei fortwährende Klagen über Schmerzen in der epigastrischen Gegend, die sich längs des Rippenrandes nach hinten erstreckten. Ursache unbekannt.

R. äusserte über diesen Fall Folgendes:

„Meine Herren! Die Symptome, welche sich Ihnen in diesem Falle darbieten, sind charakteristisch für ein Leiden der Wirbel. Schon die objectiven Merkmale, die Prominenz der Dornfortsätze, giebt Ihnen Kunde von einem krankhaften Vorgange in den Wirbeln, nicht minder die Empfindlichkeit derselben gegen äusseren Druck. Ich würde mich in Bezug auf das letztgenannte Symptom nicht auf die in der Klinik angestellte Untersuchung verlassen, weil dieselbe bei Kindern fast immer Schreien erregt, an welcher Stelle Sie dieselben auch drücken mögen; aber die Mutter giebt uns ausdrücklich an, dass, wenn sie z. B. beim Waschen auf die hervorragende Partie der Wirbelsäule zufällig einen Druck ausübt, der Knabe sofort heftig zu schreien anfängt. Ganz besonders mache ich Sie aber auf die gehemmte Beweglichkeit des Rumpfes aufmerksam; das Kind kann sich nicht bücken; will es dies, so macht es eine Bewegung, als wollte es sich niedersetzen, und allein sich wieder aufzurichten, ist es gar nicht im Stande. Schmerz und Steifigkeit der Wirbelsäule hemmen diese Bewegungen. Dazu kommen nun die anhaltenden Klagen über die Schmerzen im Bauche und in der epigastrischen Gegend, ein wichtiges Symptom, über welches Kinder fast immer auf diese, Erwachsene bekanntlich auf eine andere Weise Rechenschaft geben, indem sie einen spannenden Reif um den Rippenrand herum zu fühlen glauben. Die Wirkung der Krankheit auf die Motilität der unteren Extremitäten ist unverkennbar. Der Einfluss des Rückenmarks ist gestört, wenn auch die Leitung noch nicht vollständig unterbrochen ist; die Mutter sagt uns, dass sie das Kind beim Gehen oft aufheben und tragen müsse. Dagegen ist die Action der Sphincteren und die Sensibilität völlig normal, und so werden Sie es in dieser sogenannten Pott'schen Lähmung in der Regel finden. Die Motilität der unteren Extremitäten kann bereits vollständig erloschen sein, und dennoch dauert die Reaction gegen Reize unverändert fort. Diese Erscheinung darf uns um so weniger überraschen, wenn wir erwägen, dass der krankhafte Process zuerst in den Körpern der Wirbel beginnt, und daher die vorderen Stränge des Rückenmarks früher und stärker beeinträchtigt werden, als die hinteren. Demgemäss leidet denn auch die Motilität vorzugsweise, die Sensibilität häufig gar nicht. Vollständige Paralyse tritt aber immer erst dann ein, wenn das Rückenmark in seiner Substanz materiell ergriffen ist. Der Fall dieses Knaben ist aus dem Grunde von besonderer Wichtigkeit, weil er Ihnen die Krankheit im Entstehen zeigt, wo dieselbe sehr leicht verkannt werden kann. Dass dies auch hier geschehen, geht aus der bisherigen Behandlung hervor; Sie haben erfahren, dass örtliche Mittel, die hier so viel leisten, noch gar nicht in Anwendung gebracht worden sind.

Die krankhaften Processe, die in den Wirbeln ihren Sitz nehmen und eine allmälige Formveränderung der Wirbelsäule zur Folge haben, sind besonders tuberkulöse Ablagerungen, seltener eine genuine Entzündung und Eiterung. Die Anschwellung der Cervicaldrüsen bei diesem Knaben verräth die scrophulöse Diathese, und ich zweifle nicht,

dass wir es auch hier mit einer Wirbeltuberkulose zu thun haben. Ich warne Sie daher vor einer strengen Antiphlogose, die in solchen Fällen nur zu oft gemissbraucht wird. Wiederholte Applicationen von Blutegeln, Einreibungen der grauen Salbe u. s. w. haben in der Regel wenig oder gar keinen Erfolg. Nur von einem Mittel haben Sie dauernde Hülfe zu erwarten, d. i. die Application einer Fontanelle von zwei bis drei Erbsen an jeder Seite der krankhaften Prominenz. Je länger Sie mit der Anwendung dieses Mittels zögern, um so geringere Hoffnung auf Erfolg dürfen Sie hegen. Ich spreche es dreist aus, alle anderen Mittel will ich in dieser Krankheit gern entbehren, nur nicht die Exutorien in der Nähe der kranken Wirbel. Noch heute sollen daher die Fontanellen bei diesem Knaben gelegt werden. Wollen Sie ausserdem noch antiscrophulöse Mittel verordnen, so habe ich nichts dagegen, und würde Ihnen zu diesem Zwecke das *Oleum jecoris aselli* oder den *Syrup. ferri jodati* vorschlagen."

Mittheilungen aus dem Hamburger allgemeinen Krankenhause

von

Dr. Knorre.

Syphilitische Lähmungen.

Lähmungen bei constitutionell syphilitischen Kranken sahen wir zu jeder Zeit der Syphilis entstehen, sowohl bald nach oder zugleich mit den ersten Symptomen, als auch erst nach vielen Jahren. Kamen sie in einer frühen Zeit, so war ihre Ausbildung gewöhnlich rasch, entstanden sie in der Zeit der tertiären Symptome, so nahmen sie nur langsam zu. Bald waren sie auf einzelne Nervenbahnen beschränkt, oder erstreckten sich auf ganze Extremitäten, wobei immer mehr die Bewegung als das Gefühl litt, bald waren zugleich die geistigen Fähigkeiten betroffen, seltner die Sinnesnerven. Ob gleichzeitig andre syphilitische Affecte vorhanden waren oder nicht, hatte auf ihren Verlauf keinen Einfluss. Die Einwirkung einer antisyphilitischen Behandlung war nicht zu verkennen, und ihre Heilung erfolgte in derselben Zeit der übrigen syphilitischen Symptome. Die Fälle, worauf sich diese Behauptungen stützen, sind folgende:

1) Ein kräftiger Metallarbeiter, 20 Jahr alt, ist vor drei Monaten angesteckt, auf ein *Ulcus praeput.* folgte bald *Pityriasis capitis*, Ausfallen der Haare, indolente Leisten- und Cervicaldrüsenanschwellungen, papuloses Exanthem über den ganzen Körper. Da ihn diese Symptome bei seiner Arbeit nicht belästigen, so thut er nichts dagegen. Eines Morgens beim Erwachen ist die untere Hälfte des Körpers gelähmt, die Beine kann er nicht anders bewegen als sie ein wenig rotiren, das Gefühl ist bis auf eine dumpfe prickelnde Empfindung erloschen; die untere Hälfte des Rückens schmerzt, und ist empfindlich gegen Druck, ohne objective Zeichen von Krankheit; die Blase muss durch den Catheter entleert werden, aus dem das Wasser herabtröpfelt, der erschlaffte *Sphincter ani* hält die Fäces nicht zurück, von dem Durchgang derselben durch das Rectum fühlt Pat. nichts. Das übrige Befinden ist ungestört, Puls normal. Da durchaus keine genügende Ursache dieser Erscheinungen ausser der Syphilis zu ermitteln war, so wurde eine gegen diese Dyscrasie gerichtete Behandlung mit dem *Dec. Zittm.* eröffnet, und Schröpfköpfe auf den Rücken gesetzt. Nach Beendigung des Zittmann'schen Decocts war das Exanthem verschwunden, die Lähmung der Blase geheilt, das Gefühl für den noch unwillkührlichen Abgang der Fäces kehrte zurück, und beide Beine konnten angezogen werden. Bei dem darauf folgenden Gebrauch von *Hydrargyr. jodat.* anfangs 1 Gr., später 2 Gr. jeden Tag, war er nach wenigen Wochen von den Lähmungen so wie von der Syphilis befreit. Drei Jahre hielt die Heilung an, im Sommer 1849 klagte er zuerst wieder über Schwäche im linken Bein, *Kali hydrojod.* beseitigte in kurzer Zeit diese Klage.

2) Ein 30jähriger Schreiber, schwächlich, sah 6 Wochen nach Induration eines *Ulcus praeput.* die constitutionelle Syphilis unter denselben Symptomen wie in dem eben angeführten Falle sich entwickeln. Eine Woche später bei ungestörtem Allgemeinbefinden versagt ihm eines Morgens beim Versuch zu pfeifen die Lippe den Dienst dazu, und beim Anblick seines Gesichts im Spiegel sieht er die rechte Gesichtshälfte nach links verzogen, und ist unfähig die Augenlider dieser Seite zu schliessen, und die Stirn zu runzeln. Kein verändertes Gefühl begleitet diese Erscheinungen, keine Ursache für diese Lähmungen liegt in dem für die Betastung zugänglichen Theil des Facialis. Obgleich Pat. sich erst nach 14 Tagen einer Behandlung unterziehen konnte, verschlimmern sich die Symptome doch nicht. In 6 Wochen war er durch den innerlichen Gebrauch von Quecksilber, den ziemlich starke Mundaffection begleitete, geheilt. Schon zwei Monate später entwickelte sich eine neue Reihe syphilitischer Symptome; heftige Kopfschmerzen die die nächtliche Ruhe raubten, Uebelkeit, Erbrechen bei reiner Zunge und gutem Appetit, wurden durch Calomel mit Opium beseitigt, und einige Tage fühlte er sich wohl, als er plötzlich über Doppelsehen klagte, so dass beide Bilder in gleicher Höhe neben einander standen. An der Stellung der Augen liess sich nur bei genauer Untersuchung entdecken, dass der linke Bulbus etwas nach innen abwich, und nicht so weit in den äussern Augenwinkel gebracht werden konnte als der rechte, also Beeinträchtigung der Function des *N. abduc.* Weil der schwächliche Kranke erst vor kurzer Zeit einer Quecksilberkur ausgesetzt gewesen war, fürchtete ich eine nachtheilige Nebenwirkung vom Wiedergebrauch dieses Mittels und gab ihm deshalb *Kali hydrojod.* Schon nach 8tägigem Gebrauch rückten beide Bilder näher, bald hörte das Doppelsehen in der Nähe ganz auf, so dass er ohne ein Auge zu verschliessen lesen und schreiben konnte, und nach 4 Wochen waren alle subjective und objective Zeichen des Schielens gehoben.

3) Ein sehr kräftiger Matrose, 24 Jahre, bemerkt während einer Seereise in den letzten zwei Monaten die Ausbildung der ersten constitutionell syphilitischen Symptome, wie in den beiden vorigen Fällen mit papulosem Exanthem. Gleichzeitig wurde der rechte Arm schwächer, und die rechte Hälfte des Gesichts nach links verzogen. Bei seiner Ankunft im allgem. Krankenhause ungefähr 4 Wochen nach Eintritt der Lähmungen, war der Arm so schwach, dass er ihn kaum heben konnte, und das normale Gefühl einer Empfindung von Taubheit gewichen, Nacken und Schulter der gelähmten Seite gegen Druck empfindlich, ohne andre Zeichen eines örtlichen Leidens. Die Lähmung des Facialis der rechten Seite war vollständig. Schröpfköpfe an den Nacken und der innerliche Gebrauch von Quecksilber beseitigte die Lähmung des Armes in 4 Wochen, die Verziehung des Gesichts und die übrigen syphilitischen Symptome erforderten einige Monate zu ihrer Heilung.

4) Ein 30jähriger Kaufmann hatte vor 6 Jahren *Ulcus praeput.* und eiternden Bubo überstanden, und war durch Entziehungskur geheilt. Ohne Zwischensymptome zeigen sich 3 Jahre später Tophen am Kopf, die zum Durchbruch kamen und in nicht langer Zeit beim Gebrauch von *Kali hydrojod.* heilen. Vor 1½ Jahren soll bei sonstigem Wohlbefinden Schielen des rechten Auges und Doppeltsehen entstanden, und durch *Dec. Zittm.* beseitigt sein. In den letzten Wochen hat sich allmählig eine neue Reihe krankhafter Erscheinungen ausgebildet, die Pat. nöthigten, von einer Reise zurückzukehren. Seine sonst heitere Stimmung ist einer Indolenz gewichen, die ihn an nichts Theil nehmen lässt. Gedächtniss und Urtheil sind fast ganz verschwunden, er spricht langsam, undeutlich und kann nicht immer die passenden Worte finden. Die Extremitäten rechter Seite sind unvollständig gelähmt, das Gefühl hat weniger gelitten als die Bewegung, die rechte Seite des Gesichts ist nach links hinübergezogen, die Uvula stand mit der Spitze nach rechts, der rechte Augapfel weicht nach innen ab, und kann nicht vollständig in den äussern Augenwinkel bewegt werden, dadurch bedingtes Doppeltsehen trägt vielleicht noch dazu bei seine Haltung so unsicher zu machen, dass er nicht ohne Unterstützung gehen kann. Muskulatur in der gelähmten Seite schlaffer, Fäces und Urin gehen mitunter unwillkührlich ab, Puls 56, weich. Obgleich kein sonstiges tertiär syphilitisches Symptom diese Zufälle begleitete, so zweifelte ich doch nach der Anamnese nicht, dass auch diesesmal Syphilis die Ursache sei. Die Schmierkur wurde nach kurzer Vorbereitung angewandt. Schon nach der zweiten Einreibung machte sich ihr günstiger Einfluss bemerkbar, und als nach der zehnten Einreibung wegen Beklemmung, Uebelkeit, Durchfall, die Kur abgebrochen werden musste, waren alle Lähmungen und Störungen der geistigen Fähigkeiten bis auf das Schielen beseitigt. Auffallend war in diesem Falle das Eintreten der Salivation erst nach Aussetzen der Einreibungen, sie hielt dafür über ein Jahr an. In wenig Wochen erholte sich Pat. von den Folgen der Behandlung, das Schielen verschwand ohne dass ferner etwas dagegen gebraucht wurde nach 6 Monaten, und seitdem, 3 Jahre, befindet er sich so wohl und kräftig wie je zuvor.

5) Eine 46jährige Arbeiterin, regelmässig menstruirt, leidet seit ungefähr 2 Jahren an constitutioneller Syphilis. In den ersten 1½ Jahren folgten sich die gewöhnlichen Symptome, und weil Pat. dadurch zu ihrer Arbeit nicht unfähig wurde, so befolgte sie ärztliche Vorschriften nur sehr unregelmässig. In den letzten Monaten wurde sie durch häufigen Kopfschmerz, Schwindel und Uebelkeit geplagt. Schwäche der Bewegung und Gefühl von Taubheit in den linken Extremitäten, so wie Abnahme des Sehvermögens gesellten sich allmählig hinzu. Bei ihrer Ankunft im Krankenhause ungefähr 4 Wochen nachdem die Sehkraft angefangen hatte abzunehmen, war sie so weit erblindet, dass sie nicht mehr Buchstaben erkennen konnte; an den Augen war ausser Trägheit der Pupillen kein Zeichen von Krankheit wahrzunehmen. Die linke Gesichtshälfte war nach rechts verzogen. Dabei hoher Grad von Indolenz, Verlust des Gedächtnisses, langsame undeutliche Sprache. Eine schmutzig blasse Hautfarbe, blasse Lippen, hoher Grad von Abmagerung, Trägheit in allen vegetativen Functionen, kleiner weicher Puls, liessen die syphilitische Chlorose nicht verkennen. Bei nährender Diät und An-

wendung von *Kali hydrojod.*, nahmen bald die chlorotischen Symptome ab, mit Besserung des körperlichen Befindens schwanden die Lähmungen und die geistigen Störungen. Lebhaft äusserte sie ihre Freude über die Genesung, besonders über die Wiedererlangung des Sehvermögens. Die Behandlung hatte zwei Monate erfordert.

6) Eine 40jährige Arbeiterin hatte vor 14 Jahren *Ulc. fossae navic.* und eiternden Bubo überstanden, wovon die Narbe noch deutlich zu sehen ist. Obgleich sie angiebt nie später wieder krank gewesen zu sein, so lassen doch Narben auf den Tonsillen, kahle Stellen auf dem Kopf, Cervical- und Inguinaldrüsenanschwellungen darauf schliessen, dass sie einzelnen syphilitischen Zwischensymptomen nicht entgangen ist. Seit einigen Wochen bemerkt sie Abnahme des Sehvermögens zuerst auf dem linken Auge, später auf dem rechten, ersteres ist jetzt vollständig erblindet, mit letzterem kann sie noch die Umrisse grösserer Gegenstände erkennen. Die Pupillen auf beiden Augen sind träge, die des linken etwas erweitert, sonst bieten beide Augen selbst nach Eintröpfeln von Belladonna keine krankhafte Veränderung. In den letzten drei Tagen wurde sie ohne andre begleitende Erscheinungen als geringes Kopfweh, an den linken Extremitäten gelähmt; die Bewegung ist ganz aufgehoben, das Gefühl stumpfer geworden, der rechte Mundwinkel und Nasenflügel stehen etwas tiefer, das obere Augenlid hängt ein wenig herab. Das Allgemeinbefinden hat bisher nicht gelitten. Nach sechswöchentlichem Gebrauch des *Kali hydrojod.* ist Pat. im Stande mit dem früher erblindeten Auge zu lesen, beide Pupillen haben normale Weite und Thätigkeit wiedererlangt; sie kann allein gehen, obgleich noch unsicher, und hat eine mässige Kraft des Arms und der Finger gewonnen. Sie ist noch in Behandlung.

Diese Krankheitsfälle, die aus einer grössern Reihe ähnlicher, die in den letzten drei Jahren beobachtet wurden, gewählt sind, bieten eine so auffallende Uebereinstimmung des Verlaufs und der Symptome, dass man die Lähmungen wohl nicht als zufällige Complicationen ansehen darf. In allen Fällen entwickelte sich die Lähmung erst nachdem die Ausbildung der constitutionellen Syphilis constatirt war, keine Zeichen einer neu hinzugetretnen Krankheit, wie eines Rheumatismus begleitete sie, oder liess durch ihren Verlauf auf ein selbstständiges Gehirnleiden schliessen, keine Drüsen oder sonstige Geschwulst, die durch Druck einen Nervenstamm in seiner Function hätte beeinträchtigen können, war bei den Lähmungen des Facialis zu entdecken. Erwägt man dabei die günstigen Erfolge der Behandlung, die bei andern Lähmungen eines solchen Grades und Ausdehnung wie die der drei letzten Fälle, nicht zu den gewöhnlichen gehören; berücksichtigt man dass die Heilung allein durch Mittel erzielt wurde, deren Wirksamkeit gegen Syphilis anerkannt ist, so wird man nicht daran zweifeln, dass in der Syphilis die Ursache dieser Lähmungen zu suchen ist.

Die nächste Ursache dieser Lähmungen wurde von verschiedenen Aerzten theils einer dynamischen Einwirkung der Syphilis, theils einer mechanischen durch Bildung von Exsudaten zugeschrieben. Zu dem Fall, welchen Busse in Schmidt-Göschen's Jahrb. Bd. 18. p. 68 mittheilt, findet sich in der Anmerkung die Ansicht ausgesprochen, dass Syphilis Apoplexie primär durch feindliche Reizung des Gehirns oder Rückenmarks erzeugen könne. Da wir aber Geschwülste, wie Tophen, Exostosen, Tuberkeln, als regelmässige Bildungen der Syphilis kennen, und durch ihren Druck auf Gehirn und Rückenmark hinlänglich die beobachteten Symptome erklären können, so liegt es unstreitig viel näher, sie als Ursache der Lähmungen anzusehen, die in der tertiär syphilitischen Periode entstehen.

Die Entwickelungszeit der Lähmungen, so wie die begleitenden Symptome lassen die angeführten Fälle in zwei Gruppen theilen. Die eine Gruppe gehört der ersten Reihe der constitutionell syphilitischen Symptome an; ihre Entwickelung ist rasch, sie zeigen keine Neigung, sich auf andere Nerven als die zuerst betheiligten auszubreiten; das Sensorium so wie das Allgemeinbefinden bleiben ungestört. Die andere Gruppe, zu der die drei letzten Fälle gehören, entwickelt sich zur Zeit der tertiären Symptome; es sind keine anderen Manifestationen der Syphilis vorhanden, langsam entstehen Lähmungen, die stetig fortschreiten, gleichzeitig werden die geistigen Fähigkeiten und das Allgemeinbefinden beeinträchtigt. Nach dieser Verschiedenheit des Verlaufs wie der Symptome ist zu erwarten, dass nicht dieselben syphilitischen Producte beiden Formen zum Grunde liegen. Aufschluss hierüber kann nur der regelmässige Verlauf der Syphilis gewähren. Wie bekannt, äussert die Syphilis sich ungefähr bis zum Ende des ersten Jahres in Exsudaten auf der äusseren Haut, Schleimhäuten und Iris, die rasch entstehen, wenig wasserreich sind, sich gewöhnlich auf die Form kleiner Knötchen oder Flecken beschränken, und bei fortschreitender Ausbildung wohl an Zahl, nicht aber an Umfang sehr zunehmen. In der späteren Zeit dagegen werden Knochen, Knorpel, fibrose Häute und Zellgewebe befallen, es können sich viel voluminösere Ablagerungen bilden, die langsam aber stetig wachsen. Suchen wir hiernach die letzte Ursache der Lähmungen, so werden wir für diejenigen, welche der tertiären Periode angehören, darauf hingewiesen, Tuberkeln im Gehirn, Hyperostosen und Exostosen an der inneren Schädelfläche anzunehmen. Einen Fall, der diese Annahme bestätigt, finden wir in Schmidt-Göschen's Jahrb. Bd. 8. p. 92: nachdem mehrmals syphilitische Ansteckung vorhergegangen, entwickelt sich Amaurose, sehr heftiger Kopfschmerz und Lähmung der linken Seite; die Section ergab warzenförmige Auswüchse am hinteren Theil des Stirnbeins und um die *Foramina nutritia* der Seitenwandbeine. Am mittleren Theil des Gehirns fand sich eine faustgrosse, an Farbe und Consistenz dem Gehirn gleichende Geschwulst, welche das *Corp. striat.* und den *Thalam. n. optic.* zusammendrückte. In Casper's Wochenschrift, Jan. 1834 No. 3, theilt Romberg eine Beobachtung mit, dass bei einer Syphilitischen, die an Lähmungen und Geistesschwäche gelitten, Erweichung des *Corp. striat.* und drei haselnussgrosse Tuberkeln im Gehirn gefunden wurden. Ausnahmsweise mögen einzelne Fälle von gestörter Contractionsfähigkeit eines Muskels nicht in der aufgehobenen Innervation bestehen, sondern in dem in seine Substanz gesetzten Exsudat, einem Zustand, den Ricord als Hypertrophie beschreibt, und an Augen, Arm, Wadenmuskeln beobachtet hat; es scheint mir wenigstens nicht unwahrscheinlich, dass das lange anhaltende Schielen in der vierten Krankengeschichte diesen Ursprung gehabt hat.

Für die Ursache der Lähmungen in der ersten constitutionell syphilitischen Periode stehen uns bis jetzt keine Sectionsresultate zu Gebote, wir müssen uns deshalb auf eine Hypothese beschränken. Die Form der hier zu vermuthenden Exsudate kann die Grösse isolirter oder gruppenweis vereinter Knötchen, wie im Exanthem oder bei Condylomen, nicht wohl überschreiten, und ihr Sitz würde bei der Vorliebe der secundären Gebilde für gefässreiche Häute, in der *Pia mater*, oder wo nur einzelne Nervenäste leiden, vielleicht in diesen selbst zu erwarten sein. Wollte man dagegen einwenden, dass ein solches Exsudat zu unbedeutend um so ausgedehnte Lähmungen, wie wir sie in der ersten Krankengeschichte sehen, hervorzubringen, so wird eine Berücksichtigung der tuberkulosen Arachnitis, wo auch nur Nadelkopfgrosse Tuberkeln Lähmungen zur Folge haben, den Einfluss derselben hinreichend würdigen lassen. Die rasche Entwicklung der Lähmungen in der ersten und zweiten Krankengeschichte, vom Abend bis zum andern Morgen wird nach unsrer Hypothese nicht befremden, wenn wir die rasche Entwicklung syphilitischer Exsudate in der Iris vergleichen. Vor einiger Zeit sahen wir die Iris einer Kranken, die wegen gagulosen Exanthems in Behandlung war, eines Morgens von Stecknadelkopfgrossen Exsudaten besäet, die am Tage zuvor weder subjectiv noch objectiv ein Zeichen von Krankheit am Auge geboten hatte. Da nun Iritis fast ausschliesslich nur bei papulosem Exanthem beobachtet wird, und wahrscheinlich nur die Folge des auf die Iris abgelagerten Exsudats ist, und bei unsern Fällen von Lähmungen in der secundären Periode jedesmal papuloses Exanthem zugegen war, so glaubten wir uns berechtigt, vorzugsweise diese Form des Exsudats als Ursache der Lähmungen zu vermuthen.

Wenn sich auch *a priori* annehmen lässt, dass syphilitische Exsudate, so gut wie sie Lähmungen bedingen können, im Stande sein werden Krämpfe zu veranlassen, oder wo sie empfindende Nerven treffen, Schmerzen zu verursachen, so fehlen doch darüber bis jetzt bestimmte Beobachtungen. Möglich scheint es mir, dass Krämpfe und Schmerzen, die auf *Kali hydrojod.* rasch wichen, während andre Mittel gar keinen Einfluss darauf gehabt hatten, hierher gehören. Eine Beobachtung der Art findet sich in *Lond. med. Gaz. vol. 27. p. 213* von Watmough: eine 55jährige Frau wird plötzlich sprachlos und rechts gelähmt, später treten Convulsionen hinzu. Antiphlogose leistete nichts, als Jodkali gereicht wurde besserte sich der Zustand rasch. In zwei Fällen glaube ich solche Schmerzen erkannt zu haben, beide betrafen junge kräftige Männer, die vor Jahren Schanker und seitdem keine constitutionelle Symptome erlitten hatten; die Schmerzen schossen blitzähnlich durch die Glieder, und kehrten in grössern und kleinern Pausen oft so häufig wieder, dass sie die Kranken von jeder Beschäftigung abhielten. Die gänzliche Erfolglosigkeit der beharrlich angewandten antirheumatischen Mittel, so wie die eigenthümliche Art der Schmerzen, brachten mich zu der Annahme des syphilitischen Ursprungs; *Kali hydrojod.* beseitigte die Schmerzen überraschend schnell, ohne dass bis jetzt ($1\frac{1}{2}$ Jahr) ein Rückfall sich gezeigt hat.

Dass syphilitische Exsudate Sinnesnerven zu ihrer Ablagerungsstelle wählen, wird durch die beiden Fälle von Amaurose, die in der fünften und sechsten Krankengeschichte angeführt sind, wahrscheinlich. Gewissheit darüber lieferte kürzlich der Sectionsbefund einer Syphilitischen, die mehrere Jahre an ausgebildeter Amaurose gelitten hatte; beide *N. optici* so wie das Chiasma, waren in eine festere grau gelbliche Masse verwandelt, welche von dem Neurilem wie von einer blendend weissen Scheide umgeben wurde. Auf dem Querschnitt sah man in der grau gelblichen Masse einzelne weisse Pünktchen, wahrscheinlich die noch nicht zerstörten Nervenfaden.

Miscellen.

Ueber die äusserliche Anwendung der Jodtinctur.

(Schluss.)

7) Entzündungen der sehnigen Gebilde, der Sehnenscheiden, Aponeurosen, Bänder. Namentlich indicirt ist dieses Mittel in allen Stadien der Arthrocacen, besonders der Coxalgie und Gonalgie. Ein 16jähriges Mädchen kam mit allen Zeichen einer beginnenden Coxarthrocace in die Insel; sie war mit Schröpfköpfen und Cataplasmen behandelt worden und man fühlte deutlich Fluctuationen. Bei dem alleinigen Gebrauch der Jodtinctur konnte sie nach 18 Tagen entlassen werden. Sehr erfolgreich war dieselbe ferner bei acuten Gelenkentzündungen, mochten sie traumatischer oder rheumatischer Natur sein. Verf. hat an sich selbst die Jodtinctur für diesen Fall schätzen gelernt. In Prag hatte er sehr lange an einem acuten Rheumatismus aller Gelenke gelitten, in Bern überstand er einen zweiten Anfall in vier Tagen, weil er Jodtinctur anwandte. Eine rebellische Synoviafistel an einer Sehne des *Musc. flexor digitor. commun. sublimis*, eine andere an der Sehne des *Musc. biceps femoris* in der Kniekehle heilte Demme in wenigen Tagen durch Betupfen der Granulationen. Unschätzbar aber ist das Mittel beim Panaritium. In den ersten Stadien taucht man den Finger etwa eine Minute lang in Jodtinctur, und bald mindern sich Schmerzen und Geschwulst. Oft muss man gleichzeitig mit oder nach dem Einschnitt sie anwenden.

8) Acute und chronische Drüsenanschwellungen. Namentlich sind hier Parotitis und Struma zu nennen. Bei letzterer wurde die Tinctur auch öfters injicirt. Zwei Mal erwies sich ein Anstrich *en miniature* beim Hordeolum von Nutzen. Der *Tumor sebaceus*, namentlich am After, Hauttuberkeln daselbst, die in Eiterung übergehen, Furunkeln heilen leicht bei dieser Behandlung.

9) Muskelentzündungen jeder Art. Dieselben dürfen nur nicht allzutief liegen.

10) Entzündung der Venen und Lymphgefässe. Bestreichungen längs des Verlaufs der Gefässe sah Verf. von unberechenbarem Vortheil und energischer Wirkung, bei beginnenden Bubonen syphilitischer oder nicht syphilitischer Art, bei Lymphangeitis, bei Eiterungen, nach vergifteten Wunden, bei einer Entzündung der *Vena saphena*, der *V. cruralis*, der *V. basilica*. Wahrscheinlich ist auch bei Entzündungen von Arterien die Jodtinctur nützlich.

11) Gangrän der Weichgebilde und gangränöse und jauchige Infiltration der relativ noch gesunden Theile. Die Tinctur dient hier zur Erhaltung der Theile, zur Begrenzung des Brandes, zu noch möglicher Belebung solcher Partieen, die dem Process bereits verfallen sind.

12) Tripper. Die Jodtinctur ist hier noch wenig erprobt. Demme hat äusserlich die Harnröhre vom Frenulum an über den auseinandergeschlagenen Hodensack hinweg bis zum After bestrichen. Fernere Versuche müssen über den Nutzen in diesen Fällen entscheiden.

Nachdem vom Verfasser so das Material, welches er im Laufe einiger Monate gesammelt hatte, mitgetheilt ist, und nachdem er nochmals daran erinnert hat, dass „das ätiologische Moment keinen wesentlichen Einfluss auf die örtliche Application der Jodtinctur hat, die antiphlogistische Wirkung immer dieselbe ist, sei der Grund und Boden ein dyskrasischer oder nicht dyskrasischer, und dass die Periode der Entzündung dem Mittel gleichgültig ist, selbst der Beginn der pathischen Plastik keine Gegenanzeige bietet", so wendet er sich zur Art der Einwirkung des Mittels. Während des Bestreichens fühlen die Patienten eine wohlthuende Kühlung auf der Haut, bald aber erhöht sich diese zur Wärme, und das steigert sich bis zum brennenden Schmerz. Der Schmerz dauert selten länger als fünf Stunden, gewöhnlich nur eine halbe bis zwei Stunden, ist aber manchmal sehr heftig. Um jede Art von Jodintoxication zu vermeiden, halte man darauf, dass der Patient während des Einstreichens das Gesicht abwendet, und so das Jod nicht einathmet. Auch in dem heftigsten Fieberzustand, in fortlaufender *Phlebitis*, *Lymphangeitis*, *Puerperium*, *Pseudoerysipelas*, *Phlegmasia alba dolens* sieht Demme keine Contraindication. Die Epidermis der bestrichenen Stelle wird entweder fast sammetartig anzusehen, faltet sich fein und glänzt in kleinen Schüppchen, die am vierten Tage abfallen, oder die Tinctur dringt durch, nekrotisirt das Bindegewebe ganz oberflächlich, lockert das Malpighische Netz, und die *Desquamatio membranacea* wird um so schlagender ausgebildet, je tiefer sie drang. Eine unangenehme, aber ziemlich häufige Wirkung ist Vesication. Wird hierbei der Schmerz sehr heftig, so geben Ueberschläge von Bleiwasser, Wein oder Weingeist, auch Bilsenöl, fast augenblicklich Linderung. Fürchtet man Vesication, wozu übrigens selbst anscheinend sehr zarte und reizbare Hautorgane nicht immer berechtigen, so nimmt man eine jodärmere Lösung, oder verdünnt die vorhandene mit Spiritus (Wasser präcipitirt das Metalloid), oder fomentirt gleich die bepinselte Stelle mit kaltem Weingeist. Die Vesication erfolgt am leichtesten, wo die Aufnahme der Tinctur nur langsam erfolgt, der Anstrich nur blassgelblich ist; ferner an Stellen, wo die Haut durch Schweiss oder Cataplasmen vorher aufgeweicht wurde, was denn leider die Application der Jodtinctur in der Achsel, am Hoden etc. beschränkt. Augenblickliche Bleiüberschläge, durch die man schnell einen Theil des Jods in Jodblei verwandelt, sind hier angezeigt. Sehr gut ist es, wo man Vesication befürchtet, vor der Bepinselung die Hautstelle mit Oel einzusalben, wodurch das Jod dann sehr schnell aufgesogen wird. Auf Schleimhäuten entstehen natürlich ebenfalls sehr leicht Blasen. Das Unangenehmste bei der Blasenbildung ist, dass sie die fernere Anwendung hindert und so häufig die gute Wirkung beeinträchtigt. Man thut am besten, bald nach der Vesication die Oberhaut zu entfernen und die entblösste Cutis mit Bleimitteln zu bedecken. Die secundären Erscheinungen bestehen im Wesentlichen in der Linderung der Entzündungszeichen. Verfasser schliesst seine Mittheilungen, nachdem er auch noch hervorgehoben hat, dass die meisten seiner Beobachtungen ganz rein seien, da man neben der äusseren Anwendung des Jod innere Mittel wenig oder gar nicht angewendet habe, mit den Worten: „Namentlich aber ist die Anwendung der Jodtinctur äusserst bequem, und wird einst der Gebrauch der Cataplasmen beschränkt und auf eine vernünftige Grundlage zurückgeführt, wird endlich einmal die entsetzliche Eiterwirthschaft und die Charpie so sehr als thunlich umgangen, so wird die Jodtinctur durchbrechen und einen Ehrenplatz unter den ersten Heilmitteln einnehmen; dann wird jede Eiterung durch die Chirurgen so viel als möglich vermieden, statt durch Cataplasmen und Charpie provocirt werden."

Seutin's Klinik in Brüssel. Ricord's Vorlesungen in Paris.

Dem Briefe eines unserer Freunde aus Paris entnehmen wir Folgendes:

Unter allen Klinikern in Brüssel hat mich Seutin am meisten interessirt. Ich fand sehr freundliche Aufnahme bei ihm, und die grösste Bereitwilligkeit, mich namentlich mit der ganzen Ausdehnung der Anwendung seiner *Méthode amovo-inamovible* bekannt zu machen, welche bei der Heilung complicirter Fracturen, Distorsionen und Luxationen, bei der Behandlung von Amputationsstümpfen u. A. mir mehr oder weniger unbekannt war. Eine weitläufige Abhandlung darüber lässt Seutin jetzt in dem *Journal des Connaissances Medico-Chirurgicales* erscheinen. Meiner Ansicht nach ist er mit der Anwendung seiner Erfindung zu weit gegangen, und wenn ich auch, ohne die vielgepriesenen Resultate, welche er erhalten haben will, prüfen zu können, gern glaube, dass man aus der Anwendung des Kleisterverbandes mehr Nutzen ziehen kann, als dies im Allgemeinen geschieht, so bin ich doch der Ueberzeugung, dass dieselbe, namentlich bei eiternden Wunden nicht am rechten Orte ist, selbst grossen Nachtheil stiften kann. Ich sah einen Fall von complicirter Fractur des Unterschenkels bei einer alten Frau, wo nach der Anlegung des Kleisterverbandes (ich weiss nicht ob *post hoc, ergo propter hoc*) sich ein schnell in Verjauchung übergehendes Pseudoerysipelas entwickelt, und über den grössten Theil der äussern Oberfläche des Oberschenkels ausgedehnt hatte; und wo die Vorkehrungen für den Abfluss des jauchigen Secretes so wenig genügt hatten, dass dasselbe den ziemlich dicken Verband durchgeweicht hatte. Einige Incisionen an der äussern Seite des Oberschenkels gingen der Erneuerung des Verbandes voraus, welche mich die necrotischen scharfen Enden der Tibia aus einer nicht unbedeutenden Wunde hervorragend sehen liess. Das Unterhautzellgewebe des Unterschenkels war in grosser Ausdehnung verjaucht; die Haut, besonders in der Umgegend der Wunde, excoriirt. Der neue auf die Länge des Unterschenkels angelegte feste Verband erhielt einige Rinnen für den Abfluss des Eiters, denen eine Klappe zur Besichtigung und Reinigung der Wunde hinzugefügt werden sollte, und war bestimmt bis zur Heilung liegen zu bleiben. Der Zustand der Patientin, zusammengehalten mit dem örtlichen Uebel, liess diesen Ausspruch etwas kühn erscheinen, und ein baldiger Tod setzte weiteren Heilversuchen ein Ziel.

Ein anderer sehr bedeutender Fall war in Kurzem folgender. Bei einem Bergmann von etwa 23 Jahren hatte sich seit acht Monaten auf dem linken Schulterblatt eine Geschwulst entwickelt, welche zur Zeit von der Grösse eines Kopfes die ganze Scapula einnahm und sich mit einem weniger bedeutenden Theile unter die linke Achselhöhle nach vorn drängte. Sie war hart, fast glatt, nirgend deutliche Fluctuation zeigend, mit der Scapula selbst ein wenig beweglich. Die Haut über ihr war glänzend, sehr gespannt, nicht verschiebbar. Ein feiner Trokart liess sich leicht durch die Scapula in einen unter derselben befindlichen

Theil der Geschwulst einstossen. Die Bewegungen des Armes durchaus frei. Niemals Schmerzen oder Stiche in der Geschwulst; keine Abmagerung während der Entwicklung derselben; der Beschäftigung des Patienten nach verhältnissmässig gute Constitution. Die Exstirpation der Geschwulst und die mit ihr nothwendig verbundene Fortnahme des Schulterblattes wurde endlich beschlossen und von Seutin ausgeführt. Nach der Bildung eines grossen, die Grenzen der Geschwulst etwas überragenden, halbkreisförmigen, seine Convexität nach unten richtenden Hautlappen, wurde die Geschwulst isolirt und mit einer Kettensäge der Versuch gemacht, das *Collum scapulae* so zu durchschneiden, dass das Schultergelenk mit seinen Umgebungen unversehrt blieb. Die Kettensäge riss; mit einer Blattsäge wurde der Schnitt geführt und die Geschwulst entfernt. Bei weiterer Untersuchung fand sich noch eine Partie derselben von dem unter die Achselhöhle gehenden Theile vor und bei dem Versuch, diesen vollständig herauszuschälen, wurde, da derselbe sich bis dicht an und um das Gelenk erstreckte, dieses eröffnet, und nun noch der ganze zurückgebliebene Theil der Scapula mit entfernt!

Die bedeutende Blutung liess den Kranken in eine tiefe Ohnmacht sinken, und bewirkte eine Unterbrechung der Operation, welche man, nachdem der Kranke sich wieder erholt hatte, mit der Entfernung einiger kleiner Reste beendigte. Ein einfacher Druckverband wurde, nachdem die Wundränder durch die überwendliche Naht vereinigt waren, angelegt. — Die nicht sehr genaue Untersuchung zeigte die Geschwulst als ein *Carcinoma medullare*, in dessen Innerm schon an mehreren Stellen Erweichung eingetreten war. Der platte Theil des Schulterblattes ist ganz in die Degeneration hineingezogen; eine Menge feiner zerbrechlicher Nadeln gehen von dem schwammigen Knochenüberreste in die Geschwulst hinein. Auffallend war mir die grosse Härte der Geschwulst als Medullarsarkom, und würde ich an ein Osteoid geglaubt haben, wenn sich irgendwo Bildung knochiger Substanz in der Geschwulst hätte nachweisen lassen.

Nach dem Berichte eines Collegen, der länger noch in Brüssel blieb, als ich, befand sich der Kranke nach dem Nachlass heftigen Fiebers, unter einer roborirenden Diät sehr wohl. Die Wunde war in ihrem grössten Theile nach der Abnahme des ersten Verbandes verklebt, später stellte sich eine nicht bedeutende Eiterung ein. Nach etwa acht Tagen hatte Patient schon das Bett verlassen, sass auf und ging ein wenig umher. — So weit meine Kenntniss des Falles.*)

Zunächst war es Ricord, den ich schon aus dem Grunde regelmässig besuchte, weil seine Vorlesungen sich dem Schlusse näherten, der nunmehr eingetreten ist. Ich habe ihn noch über tertiäre und hereditäre Syphilis gehört und mich in meinen Erwartungen nicht getäuscht gefunden. Ausser dem wissenschaftlichen Werthe seiner Vorlesungen ist es zugleich sein unvergleichlicher Humor neben etwas sehr Gutmüthigem in seinem Wesen, durch welche man ihn schnell lieb gewinnen muss. Ausser einigen sehr interessanten Kranken, namentlich einem, bei dem in Folge eines einfachen Chankers Entzündung der Dorsalvenen des Penis, der Venen der Bauchdecken mit bedeutenden Abscedirungen, darauf die Erscheinungen der Pyämie sich entwickelt haben, sah ich in seiner Klinik eine neue Art der Wundvereinigung durch Klammern nach dem Vorgange von Vidal de Cassys. Ich sah dieselbe dreimal nach der Operation der Phimose durch Circumcision anwenden; am zweiten Tage wurden die Klammern entfernt und am dritten war die Wunde durch erste Intention geheilt. — Vidal hat dazu sehr kleine feine Klammern aus Silberdraht vorgeschlagen, etwa von der Construction der kleinen Pincetten zur vorläufigen Schliessung spritzender Blutgefässe; Ricord wendet statt ihrer Klammern aus Bleiband an, welches er jedesmal nach Bedürfniss schneidet und biegt. Die Anlegung derselben ist dem Kranken ebenso schmerzhaft, als die einer Sutur; nach derselben ist aber niemals eine Fortdauer des Schmerzes oder Geschwulst der betreffenden Theile beobachtet worden. Wenn man eine grosse Spannung bei der Wundvereinigung zu überwinden, oder es mit sehr retractilen Theilen zu thun hat, so wird sich die Methode nicht anwenden lassen, und man hat hier zunächst nur daran gedacht, sie auf die Operationen an den Augenlidern, am Hodensack und auf Staphylorhaphia auszudehnen.

*) Im Schleswig-Holsteinschen Kriege hat Professor B. Langenbeck die ganze Scapula bei einem Hannoverschen Soldaten, dem sie durch eine matte Kanonenkugel zerschmettert war, entfernt. Der Patient befand sich nach der Operation sehr wohl und war bereits ausser Bett, als am 21. Tage nach ihr plötzlich Phlebitis eintrat und den Kranken dahinraffte. Göschen.

Verzeichniss und Gehalt der in der Simon'schen Apotheke zu Berlin vorräthigen Pastillen.

Name und Gehalt jeder einzelnen Pastille.

Trochisci	*Balsami de Tolu*	$\frac{1}{8}$ Gran.
„	*Calomelanos*	$\frac{1}{2}$ „
„	*Calom. et stib. sulph. aur.*	von jedem $\frac{1}{4}$ Gr.
„	*Chinini sulphurici*	$\frac{1}{2}$ und 1 Gran.
„	*Cinchonini sulphurici*	$\frac{1}{2}$ und 1 „
„	*Ergotini*	$\frac{1}{4}$ Gran.
„	*Ferri carbonici saccharati*	4 „
„	*Ferri sulphurici*	1 „
„	*Hydrarg. et Stibii sulph.*	3 „
„	*Hydrarg. sulphurati nigri*	3 „
„	*Ipecacuanhae ex. infuso*	$\frac{1}{8}$ „
„	*Ipecacuanhae pulvere*	$\frac{1}{8}$ „
„	*Magnesiae carbonicae*	3 „
„	*Magnesiae citricae*	30 „
„	*Magnesiae ustae*	15 „
„	*Natri carbon. aciduli*	2 „
„	*Opii puri*	$\frac{1}{8}$ „
„	*Rhei*	3 „
„	*Santonini*	1 und 2 Gran.
„	*Stibii sulphurati nigri*	3 Gran.
„	*Stibii sulphur. aurant.*	$\frac{1}{4}$ „
„	*Stibii sulph. aur. et Ipecac.*	$\frac{1}{4}$ und $\frac{1}{8}$ Gran.
„	*Sulphuris depurati*	3 Gran.
„	*Sulphuris praecipitati*	3 „
„	*Zingiberis*	2 „

Ausser den angeführten Medicamenten enthalten obige Pastillen nur einen passenden aromatischen Zucker, wie: Vanillen-, Rosen-, Mandel-Zucker, Chocolade etc.

Ferner sind vorräthig:

Jod-, Theer-, Schwefel-, Campherseife.
Odontine (Zahnseife).
Cigarettes camphrées.
Cigarren aus Stramonium.
Limonade purgative.
Engl. Pflaster auf Goldschlägerhaut, auf Collodiumhäuten.

Capsulae:

Balsami Copaivae.
Bals. Cop. et Extr. Cubeb.
Bals. Cop. Myrrha und *ferr. sulph.*
Extr. Cynae, kleinere und grössere.
Extr. Filicis aeth.
Olei Ricini.
Olei Ricini et Ol. Crotonis in mehreren Verhältnissen.
Olei terebinthinae.
Olei Harlemensis veri.
Olei pini empyr. liquid. (Theer).
Olei Jecoris mit Jod.

Wir machen ferner darauf aufmerksam, dass Herr Simon stets in Vorrath hat die sehr zu empfehlende Mischung des Cantharidin-Pulvers mit *Collodium*. Dasselbe wird nach folgender Vorschrift bereitet: *Rp.: Cantharid. pulv.* ℥ij, *Aether sulphur.* ℥iv, *Alcohol. absolut.* ℥j. *Digr. p. horas XXIV; postea expr. filtra et commisc. c.* Schiesswatte *q. s.*

Kleinere Vorräthe verkauft Herr Simon in Flacons an Apotheker und Aerzte für $7\frac{1}{2}$ Ngr., an das Publicum für 12 Ngr.

Auch *Aether collodium solvens* hat Herr Simon immer vorräthig.

Göschen.

Anzeigen.

So eben ist erschienen, und bei **N. Gutmann**, Berlin, Mittelstrasse 5, zu haben:

Das Portrait
des
Dr. med. August Müller.

Preis 10 Sgr. Auf chines. Papier 15 Sgr.

Den zahlreichen Schülern und vielen Verehrern des beliebten Lehrers in der Anatomie dürfte dieses zum Sprechen ähnliche Bildniss, zugleich als angenehme Rückerinnerung an den Cursus, gewiss sehr willkommen sein.

Sonnabend, **№ 7.** **29. December 1849.**

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Preis vierteljährlich 2 Thlr., bis zum Schluss dieses Jahres 1 Thlr. Anzeigen werden mit 2 Sgr. für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Inhalt: Tetanus und Chloroform von Kniesling. — Orchitis mit Einklemmungs-Symptomen von Ross. — Ueber Bedeutung und Benutzung der chirurgischen Klinik von Wutzer — Oppolzer's medicinische Klinik von Hennig (*Otorrhoea; Rheumatismus, Arthritis*). — Jüngken's Augenklinik von Bührig (*Cataracta oculi dextri; Staphylomata sclerolicae permagna; Hydromeningitis chronica*).

Tetanus und Chloroform.

Eine Mittheilung aus der Praxis

von

Dr. Kniesling in Schlangenbad.

Unter den zahlreichen Mitteln, welche gegen Tetanus versucht wurden, befindet sich kaum eins, welches in theoretischer Beziehung zu so hohen Erwartungen berechtigte, als der Aether und das Chloroform; schien doch die Wirkung derselben auf die Sensibilität und die excito-motorische Energie des Rückenmarks so ganz geeignet, besonders bei der Sicherheit und Schnelligkeit, womit sie ihre Wirksamkeit entfalten, um den Grundphänomenen des Tetanus auf eine rationelle Weise entgegen zu treten. Diese Hoffnungen mussten durch die mehrfach bestätigten Versuche, nach welchen sich das Strychnin, welches bekanntlich in grösseren Gaben dem Tetanus sehr ähnliche Zufälle hervorzubringen pflegt, bei ätherisirten Thieren wirkungslos erwies (Pickfort in der Zeitschrift für rationelle Medic. VI. 1) bedeutend gesteigert werden. Bedenkt man auf der andern Seite die wirklich schreckhafte Natur der Krankheit und die volle Hülf- und Trostlosigkeit des alten Heilapparats (der wie gewöhnlich mit dem Aderlass beginnt und mit dem Moschus endet, während in der Mitte Opium und Canthariden freundnachbarlich neben einander stehen), so wird man es ebenso natürlich als erfreulich finden, dass bald zahlreiche Heilversuche angestellt wurden; erwägt man dann weiter, wie kritiklos sich viele Aerzte neuen Mitteln gegenüber zu verhalten pflegen und wie manche unreife Frucht durch die Sucht Neues aufzutischen, und die gangbare, in einer Wissenschaft, wie die Medicin, deren Bestimmung es zu sein und zu bleiben scheint, stets nur von sehr spärlichen Brosamen Nahrung und Wachsthum bestreiten zu müssen, doppelt unverzeihliche Suffisance uns täglich feil geboten wird, so darf man eben auch nicht staunen, dass alsbald von vielen Seiten glückliche Heilungen berichtet wurden. Dies Alles ist ja schon da gewesen. Und in der That, irre ich nicht, so müssen die bekannt gemachten Heilungen des Tetanus durch Aether- und Chloroforminhalationen, welche zum guten Theile nur Fälle von geringerer Intensität desselben betreffen, also gerade solche, welche unter der Anwendung sehr verschiedenartiger Heilmethoden auch ohne Aether und Chloroform zuweilen günstig verliefen, nicht ohne grosse Vorsicht aufgenommen werden. Unter diesen Umständen dürfte es geeignet sein, auch negative Erfahrungen der öffentlichen Beurtheilung nicht vorzuenthalten, und erlaube ich mir, von diesen Erwägungen geleitet, den Fachgenossen die nachstehende Beobachtung vorzulegen, mit der Bitte, die grosse Breite der Krankheitsgeschichte durch den Umstand entschuldigen zu wollen, dass es mir von Interesse zu sein schien, auch die physiologischen Wirkungen des Chloroforms gerade bei einem Tetanischen etwas näher zu berücksichtigen.

J. Strobel, aus Eltville, 20 Jahre alt, Spengler, von guter Constitution, seither gesund, hat sich am 2ten oder 3ten December (er kann sich dessen nicht genau erinnern) den etwas ins Fleisch gewachsenen Nagel einer Zehe geschnitten und ein Stückchen desselben am Rande etwas gewaltsam ausgerissen, wobei er einen Augenblick lebhaften Schmerz empfand, die kleine Verletzung, welche ihn nicht incommodirte, übrigens nicht weiter beachtet. Am 4ten und 5ten hielt er sich wiederholt längere Zeit in einem kalten Zimmer auf, und fröstelte öfters. Am Abend des 5ten stellte sich Schmerz in den Wangen ein, welcher sich in der Nacht und im Verlaufe des 6ten in den Nacken fortsetzte, und den Kranken veranlasste, im Bett zu bleiben, um zu schwitzen. In der Nacht vom 6ten zum 7ten, als zuerst meine Hülfe nachgesucht wurde, fand ich folgende Zufälle: der Mund ist nur unvollständig zu öffnen, so dass kaum ein Finger eingebracht werden kann; schmerzhafte Spannung in den Kaumuskeln beiderseits; der Kopf leicht rückwärts gebogen, der Nacken steif, ebenso der obere Theil der Rückenwirbelsäule; dabei klagt der Kranke zeitweise über das Gefühl schmerzhaften Zusammenziehens in den oberen Partien des Thorax; die Bauchdecke etwas gespannt. Schleimig belegte Zunge; Durst; Puls 104, grosswellig, weich; die Haut feucht, deren Temperatur nicht erhöht. Die Extremitäten vollkommen frei, ebenso der Kopf; die Pupillen, von normaler Weite, ziehen sich bei Annäherung des Lichts zusammen. Stuhl war seit dem 5ten und Harn seit dem Morgen nicht entleert worden.

An der verletzten, vollkommen schmerzlosen Zehe zeigte sich weder Geschwulst noch Röthe; am Rande des Nagels befanden sich einige Tropfen dünner eiterförmiger Flüssigkeit. 16 Schröpfköpfe längs der Wirbelsäule; *Tartar. stib.* mit Opium; Kataplasmen über die verwundete Zehe. Wasser und Kalbfleischbrühe zum Getränk.

7. Decbr. Morgens frühe. Kein Schlaf in der Nacht; die Zähne mehr zusammengeklemmt, Pat. kann jedoch Flüssigkeiten einführen; keine Schlingbeschwerde. Die Steifigkeit in der Wirbelsäule vermehrt; tetanische Zuckungen des Rumpfs, welche seit der Nacht, nach eigener Angabe des Kranken durch Luftzug im Zimmer, durch Anstossen an das Bett, dadurch, dass sich eine Fliege in sein Gesicht setzt, hervorgerufen werden. Die Bauchdecke mehr gespannt. Kopf und Extremitäten frei. Puls 104, von derselben Beschaffenheit, ebenso die Haut. Am Morgen war eine genügende Quantität dunkelgelben Harns gelassen worden; Stuhl nicht. 15 Schröpfköpfe längs der Wirbelsäule; *Tartar. stib.* (*gr.* vj auf ℥iv Wasser, alle Stunden 1 Essl.) *Tinct. opii s.* stündlich 10 Tropfen. Am Nachmittage die Mundklemme vermehrt, die tetanischen Zuckungen häufiger und heftiger (wobei der Kopf nach hinten und der Rumpf nach vorn gebogen wurden). Puls 115; reichlicher Schweiss bei kühler Haut. Kein Erbrechen auf den *Tartar. stib.*

Es wurden jetzt die Arzneien bei Seite gesetzt und in Gegenwart der Collegen Bertrand und Spiess um 5 Uhr die ersten Chloroforminhalationen vorgenommen. Nach einigen Einathmungen vollkommene Betäubung von 8 bis 10 Minuten; während derselben schweigen die Convulsionen; die Pulsfrequenz ist vermindert. Beim Erwachen, welches plötzlich geschieht, mehrmaliges Erbrechen. Der Mund kann etwas weiter geöffnet werden. Ein Klystier aus lauem Wasser und Essig: ohne Erfolg. 7 Uhr. Fortdauer der Zufälle; Puls 115. Chloroformeinathmung. Nach 5 bis 6 minutenlanger Einathmung vollkommene Betäubung von 8 bis 10 Minuten. Die Respiration gegen das Ende der Einathmung etwas mühsam, schnarchend, dann ruhig und gleichmässig; der Puls bis auf 80 herabgegangen; die Bauchdecken erschlafft. Unmittelbar beim Erwachen mehrmaliges Erbrechen. Pat. kann den Mund mehr öffnen, auch die Bewegungen des Rumpfs scheinen weniger schmerzhaft zu sein. Bald nach dem Erwachen wieder Krämpfe, welche sich allmälig verstärken. 8 Uhr. Puls 108 bis 110; die Arterie gespannter, voller; der Kopf vollkommen frei; die Pupille normal. Chloroformeinathmung. Nach 6 Minuten langer Einathmung eine 15 Minuten andauernde Betäubung; ruhiger Schlaf mit gleichmässiger Respiration; Puls auf 76 herabgesunken, anfangs voll und hart, später mehr weich. Der Mund kann wiederum etwas weiter geöffnet werden. Um 9 Uhr ein Klystier; ohne Erfolg. 10 Uhr. Pat. war frei von Krämpfen bis das Klystier gesetzt wurde; seitdem heftige und häufige Convulsionen. Reichliche Entleerung eines gelben Harns. Puls 125. Einathmung. Nach wenigen Minuten Betäubung und Schlaf von 15 Minuten. Erwachen mit Erbre-

chen von etwas Flüssigkeit. Während der Betäubung Puls 76. Bald kehren die Krämpfe wieder; Puls 118. 11 Uhr. Einathmung während 18 Minuten, bei öfterem Auftröpfeln von Chloroform. Ruhiger Schlaf während $^3/_4$ Stunde; Puls 80; die Bauchmuskeln vollkommen erschlafft, aber nur während der Betäubung. Pat. erwacht mit einem Krampfanfalle und Brechneigung. Mundklemme und Rückenstarre dauern fort; bald wieder häufige Krämpfe.

Es wurde jetzt stündlich bis 5 Uhr am Morgen eine Chloroformeinathmung angewandt, immer mit demselben Erfolge: baldige Betäubung und während derselben Aufhören der Krämpfe, Verminderung der Pulsfrequenz, und dann plötzliches Erwachen ohne Uebergänge mit ungetrübtem Bewusstsein. Die Respiration stets frei, nie Husten.

7 Uhr am Morgen. Puls 125; profuser Schweiss; fast ununterbrochene Krämpfe. Es wurde mit den Chloroformeinathmungen fortgefahren, in der Art, dass gleich nach dem Erwachen, sobald nur ein Krampfanfall eingetreten war, von Neuem damit begonnen wurde, stets mit derselben Wirkung. Nur zweimal sprach der Kranke im Lauf des Vormittags unmittelbar nach dem Erwachen einige wirre Worte. 11 Uhr. Einathmung von 12 Minuten. Puls im Anfange der Einathmung 100, sinkt auf 90; die Respiration stark schnarchend, anfangs 36 Inspirationen, dann 33. Schlaf von 31 Minuten; der Mund während desselben etwas geöffnet. Nach dem Erwachen der Puls 130. Auf ein abermaliges Klystier erfolgt ein fäculenter Stuhl. Patient erhält seit gestern oft eine Tasse Fleischbrühe, die er stets ohne Beschwerde trinkt. 1 Uhr. Einathmung von 15 Minuten bei mehrmaligem Auftröpfeln von Chloroform. Nach 13 Minuten schnarchende Respiration; halbstündiger Schlaf. Der Kranke verlangt flehentlich nach den Einathmungen; sie werden fortgesetzt bis $4^1/_4$ Uhr, zu welcher Zeit mich einige dringende Krankenbesuche abriefen, weshalb mit den Einathmungen ausgesetzt wurde. Es erfolgten dann fast unausgesetzt tetanische Erschütterungen, die allmälig in leisere Zuckungen übergingen, wobei Patient einigemal einen Mundvoll Blut ohne Husten entleerte, bis nach 5 Uhr der Tod unter heftigen Palpitationen bei ungetrübtem Bewusstsein eintrat. — Es waren innerhalb 24 Stunden ℥iij ℥vj Chloroform verbraucht worden.

Leider konnte die Section (man sei der Misere der Privatpraxis eingedenk!) erst einige 30 Stunden nach dem Tode vorgenommen werden, so dass ich mich auf die Erhebung der allergröbsten Resultate beschränken musste. Schon 12 Stunden nach dem Tode (wiewohl die Leiche in einem kalten Zimmer lag) Todtenflecke über die ganze Körperfläche. Weit vorgeschrittene Verwesung. In dem Kiefergelenke und den unteren Extremitäten vollkommene, in den oberen unvollständige Leichenstarre. Im Gehirn gewöhnlicher Blut- und Serumgehalt. Die Lungen nicht wahrnehmbar hyperämisch, und nur die hinteren Lappen hypostatisch infiltrirt. Sämmtliche Herzhöhlen vollkommen leer von Blut; der rechte Ventrikel auffallend schlaff und erweitert. Die Unterleibseingeweide sind zur Untersuchung nicht geeignet. Das Rückenmark in seiner ganzen Ausdehnung ohne Veränderung der Farbe, weich; die Häute schmutzigroth imbibirt, alles dies gewiss nur die Wirkung der cadaverösen Zersetzung. — An der verwundeten Zehe keine namhafte Veränderung.

Ueberblickt man die vorstehende Krankheitsgeschichte, so ist es vorerst auffallend, welche grosse Quantität Chloroform ohne sichtbaren Nachtheil vertragen wurde, denn die geringe Blutung aus dem Munde ist bei heftigen Krampfanfällen, z. B. bei Epilepsie, und selbst bei hysterischen Krampfparoxismen, eine zu gewöhnliche Erscheinung, als dass sie hier der Einwirkung des Chloroforms zugeschrieben werden müsste. Roux glaubt, dass in einem mit Aether von ihm erfolglos behandelten Falle von Tetanus der Tod durch die Inhalationen beschleunigt worden sei. Ich kenne den Fall nur aus einer Notiz in Cannstatt's Jahresbericht, welche nicht in's Einzelne eingeht, und dadurch ein Urtheil nicht zulässt. In dem vorliegenden Falle berechtigt nichts zu dieser Annahme.

In neun von mir bis jetzt beobachteten Fällen von *Tetanus traumaticus* erfolgte der Tod zwischen dem dritten und vierten Tage, und ein grösseres statistisches Material (bei Romberg Th. I. S. 476) giebt ein ähnliches Resultat. Auch pflegen die nachtheiligen Wirkungen des Chloroforms unter anderen Erscheinungen einzutreten, so weit ich die Fälle kenne, unter andauernder Betäubung, sehr bedeutender Verlangsamung und endlichem Schwinden des Pulses, während in dem vorstehenden Falle gerade die Integrität der Gehirnverrichtung und das eigenthümliche Verhalten des Pulses, welcher auch durch lange (15 bis 18 Minuten) fortgesetzte Inhalationen nicht unter 76 Schläge herunterzubringen war, eine der interessantesten Erscheinungen bildet und zu der Annahme verleiten kann, dass in den durch den Tetanus bedingten Vitalitätsverhältnissen eine Immunität für die deletären Wirkungen des Chloroforms gegeben sei, so wie umgekehrt durch die Aethernarkose Schutz gegen den Tetanus des Strychnin gewährt wird.

Schliesslich lassen sich die Chloroformwirkungen in folgenden Punkten übersichtlich zusammenfassen:

1) Betäubung und Schlaf erfolgten sehr schnell, schon nach einigen Einathmungen, und immer unmittelbar, ohne vorhergehende Aufregung; die Betäubung war vollständig, der Schlaf ruhig, mit gleichmässiger, leichter Respiration; der Kranke versicherte, vollkommen bewusstlos zu sein, nicht zu träumen.

2) Das Erwachen geschah plötzlich — ohne Uebergänge — meist von Brechneigung, öfters von wirklichem Erbrechen begleitet. Ich wage nicht zu bestimmen, ob der *Tartar. stib.* daran betheiligt war.

3) Nach dem Erwachen war der Kopf stets vollkommen frei, und nur zweimal sprach der Kranke beim Erwachen einige unklare Worte.

4) Die Inhalationen waren dem Kranken sehr angenehm, so dass er sie dringend forderte.

5) Der Puls wurde schon nach einigen Inhalationen constant verlangsamt, ohne vorausgehende Beschleunigung, wurde dabei öfters voller und härter, und erst gegen das Ende der Betäubung wieder weicher. Diese Erscheinung kann wohl nur auf der Einwirkung des Chloroforms auf die Reflexpotenz des Rückenmarks beruhen, wie denn andererseits das Verhalten des Pulses im Tetanus ein eigenthümliches ist und einer gründlichen physiologischen Untersuchung werth sein dürfte. In allen von mir beobachteten Fällen von Tetanus war der Puls weich, grosswellig und meist sehr beschleunigt, dabei die Haut reichlich schwitzend, bei nicht erhöhter, meist verminderter Temperatur. Die diese Erscheinung begründende Verminderung des Tonus der Muskelhaut der Arterien kann, wie auch die Frequenz des Pulses, wohl nur in der veränderten Reflexerregbarkeit ihre Quelle haben, welcher dann bis zu einem gewissen Grade durch das Chloroform entgegengewirkt wird. Das öfters auscultirte Herz liess seine Töne in grosser Ausdehnung wahrnehmen, bot aber sonst keine Abnormität dar.

6) Während der Betäubung waren die Bauchmuskeln constant erschlafft, die Kaumuskeln öfters weniger gespannt; vollständige Mundklemme trat bis zum Tode nicht ein. Keinen Einfluss hatte das Mittel auf die Muskelstarre der Wirbelsäule, und nur einigemal schienen die Bewegungen des Rumpfes unmittelbar nach dem Erwachen minder schmerzhaft zu sein. Auf die Pupille äusserte das Mittel keine wahrnehmbare Einwirkung, ob auf den Darm, war durch die vorausgegangene Anwendung des *Tartar. stib.* nicht rein zu beobachten, bestimmt wurde jedoch die peristaltische Bewegung nicht vermehrt.

7) Die Reflexkrämpfe sistirten vollkommen, so lange Betäubung und Schlaf dauerten. War die Betäubung vollständig, unmittelbar nach der Einathmung, so hatten starke Geräusche, derbes Befühlen *keinen* Einfluss, später genügte ein leises Auftreten im Zimmer, um den Kranken zu erwecken und gleichzeitig die Zuckungen wieder hervorzurufen. Man konnte hierdurch zu der Annahme verleitet werden, als sei die erhöhte Reflexthätigkeit von der Steigerung der Sensibilität abhängig, und dass die Wirkung des Chloroform auf die Krämpfe nur so *lange* nachhalte, als die Unterdrückung der ersteren dauere, stände dem die physiologische Thatsache nicht entgegen, dass gerade bei aufgehobenem Gehirneinfluss (hier die Betäubung) das Reflexvermögen des *Rückenmarkes* am stärksten entwickelt ist.

Was nun die Bedeutung des Chloroform als Heilmittel betrifft, so weiss ich wohl, dass eine Beobachtung zur Lösung dieser Frage nicht genügt, mache mir auch selbst den Einwand, dass in meinem Falle das Mittel nicht im Beginn der Krankheit angewandt wurde. Im Tetanus stellen sich uns als die wesentlichen pathologischen Momente die tonische Muskelstarre und die Reflexkrämpfe entgegen, von welchen wir zur Zeit noch nicht wissen, ob sie aus einer und derselben Quelle fliessen. Ob das Mittel nach diesen beiden Richtungen hin zu wirken vermag, zumal im *Tetanus traumaticus*, wird eine besonnene, redliche Beobachtung mehrerer Fälle bald lehren, darf aber nach bereits vorliegenden Erfahrungen vorerst bezweifelt werden. Mögen aber auch die sanguinischen Hoffnungen, in dem Chloroform ein Heilmittel des Tetanus gefunden zu haben, aufgegeben werden müssen, so ist die Wirkung desselben auf die Sensibilität und die Reflexkrämpfe eine so unbestreitbar sichere und in so hohem Grade wohlthätige, wie sie nicht annäherungsweise einem bis jetzt angewandten Mittel nachgerühmt werden kann, und kein Arzt, der den nicht erfreulichen Beruf hatte, öfters am Schmerzenslager solcher Unglücklichen zu weilen, ohne dass es ihm vergönnt war, irgend etwas zur Linderung derselben thun zu können, wird in Zukunft auf die Anwendung des Chloroforms bei Tetanus verzichten wollen.

Acute Orchitis mit Einklemmungs-Symptomen. Spaltung der *Tunica albuginea testis.*

Von

Dr. Gustav Ross.

In den Jahren 1842 und 43 hatte ich zwei Mal Gelegenheit acute Hodenentzündungen zu sehen, welche trotz angewandter allgemeiner und localer Blutentziehungen so wie des übrigen antiphlogistischen Apparates in Gangrän des Testikels ausliefen. Aehnliche Fälle sind mir seit der Zeit nicht wieder vorgekommen, wiewohl ich wiederholt Gelegenheit hatte eine ziemlich beträchtliche Anzahl von mit Gonorrhöen, Epididymitides u. s. w. behafteten Kranken zu beobachten. Ich konnte deshalb das vor einigen Jahren von französischen Chirurgen eingeführte *debridement du testicule* nur theoretisch beurtheilen, war jedoch aus chirurgisch anatomischen Gründen und eingedenk der zwei von mir gemachten Erfahrungen geneigt, diese Operation für einzelne — seltene — Fälle höchst geeignet zu halten. (So in meinem Handbuch der chirurgischen Anatomie pag. 199.) Dem Debridement scheint es zu ergehen wie manchem andern Neuen; während die kleine Operation einerseits zu oft und gewiss auch da, wo sie nicht unumgänglich nothwendig war, angewandt wurde, wird sie andererseits ganz zurückgewiesen von solchen Chirurgen, welche ihre anatomische Berechtigung nicht einsehen und denen, selbst in einer grossen Praxis, derartige Fälle nicht vorgekommen sein mögen, in denen sie dringendes Bedürfniss ist. Es scheint in der That die acute substantive Orchitis eine höchst seltene und von der die Epididymitis oft begleitenden Hyperämie und Schmerzhaftigkeit des Testikels zu unterscheidende Affection zu sein. Zugegeben werden muss aber, dass bei einer raschen und reichen Exsudation in die Substanz des Testikels wegen Unnachgiebigkeit der *Tunica albuginea testis* Incarceration leicht eintreten kann.

Im Laufe dieses letzten Sommers habe ich über den in Rede stehenden Gegenstand folgende Erfahrung zu machen Gelegenheit gefunden: Ein königl. sächsischer Trainsoldat, sonst gesund und kräftig, früher seiner Angabe nach noch nie syphilitisch oder venerisch inficirt, vollzog Ende Juli d. J. auf dem Durchmarsch durch Flensburg den Coitus und bemerkte schon am andern Morgen Harnschneiden und Schleimausfluss. Er ritt aber noch bis Rendsburg (2 Tagemärsche) und wurde von dort auf der Protze nach Altona befördert. Hier wurde er am 1. August mit den gewöhnlichen Symptomen der Gonorrhöe aufgenommen, welche mit Cubeben und vier Einspritzungen (1 *pro die* mit *Argent. nitr. gr.* j auf *Aq. destill.* ℥j) behandelt, nach einigen Tagen aufhörte, so dass Patient am 9. Aug. schon geheilt aus dem Lazareth entlassen werden konnte.

Einige Tage nach seiner Entlassung bemerkte Patient (der nur zugiebt viel Bier getrunken zu haben) wieder einen schwachen Ausfluss und musste häufig uriniren. Es trat eine Epididymitis auf, mit der Patient am 16ten wieder ins Lazareth geschickt wurde. Epididymitis linker Seite mit nicht sehr bedeutender Geschwulst, aber beträchtlichen Schmerzen, welche schon auf eine gewisse Theilnahme des Testis schliessen liessen. Unter Anwendung von horizontaler Lage, Blutegeln, warmen Ueberschlägen, innerlich *Tartar. stibiat.* schwand die Geschwulst, die Schmerzen nahmen aber nicht ab, im Gegentheil exacerbirten am 23sten mit ganz extremer Heftigkeit und wurden nach Anwendung einer sehr reichlichen localen Blutentziehung nicht im Mindesten gebessert. Als ich noch spät Abends aufgefordert wurde, den Kranken zu sehen, klagte er über unsägliche Schmerzen, es wäre, äusserte er, als ob sein Hode zwischen einer Thür eingeklemmt sei, die Schmerzen strahlten in die Nierengegend, den Penis, das linke Bein. Des Kranken Gesicht war blass und mit einem klebrigen Schweiss bedeckt, der Puls klein und unregelmässig, der Leib schmerzhaft bei Berührung, häufiges Brechwürgen (wohl nicht Wirkung des Brechweinsteins, welchen der Kranke allerdings nahm). Der Hode war nicht vergrössert, gegen Berührung im höchsten Grade schmerzhaft. — Ich wollte mich nicht auf die Venäsection verlassen, sondern schritt zur Spaltung der Hodenhaut. — In einer der mir bekannt gewordenen Operationsgeschichten hatte man die Operation wiederholen müssen, weil man zuerst nach den bisher gegebenen Vorschriften die Hodenhaut nur zum Theil gespalten hatte; ich entschied mich deshalb dieselbe in ihrer ganzen Ausdehnung zu spalten und zwar subcutan, da ich nicht einsehe, weshalb man, wie dies vorgeschrieben ist, den Hoden erst frei legen und der Luft exponiren soll. Demnach führte ich ein schmales Tenotom durch die Häute des Hodensacks ein und spaltete, indem ich mit der linken Hand den Hoden fixirte, die *Tunica albuginea* in ihrer ganzen Ausdehnung von unten bis oben. Indem man ein gekrümmtes spitziges Messer ohne zu drücken, vielmehr durch eine mit leichter Hand gemachte Zugbewegung auf eine gespannte Membran wirken lässt, und diese somit bloss mit der äussersten Spitze des Messers gleichsam aufritzt, hat man in dem Gefühl des Nachgebens der getrennten Theile einen sichern Maassstab, dass man die Messerspitze eben nicht tiefer einsenkt als zur Spaltung der Membran hinreicht, und kann eine selbst dünne Membran spalten ohne die unterliegenden Theile zu verletzen. In dem Augenblick der Spaltung äusserte der Kranke lebhaft dasselbe wohlthätige Gefühl plötzlicher Erleichterung, wie bei der Operation einer incarcerirten Hernie, und war fortan von allen Schmerzen befreit. In den auf die Operation folgenden Tagen bildete sich eine schmerzlose Anschwellung des Hoden bis zu Verdoppelung seines Volumen. Aus der kleinen Stichwunde wurde geronnenes Blut und Eiter entleert; sie verwandelte sich in eine Fistel, welche erst, nachdem ein Zoll unterhalb eine Gegenöffnung angelegt worden war, sich langsam schloss. Etwa drei Wochen nach der Operation bildete sich eine Drüsenvereiterung in der linken Leistengegend, welche den Kranken lange im Hospital zurückhielt und dadurch die Gelegenheit darbot, den Verlauf nach der Operation längere Zeit zu beobachten. Nachdem, wie erwähnt, der Hode anfänglich angeschwollen war, bildete sich diese Anschwellung allmählig zurück, so dass sechs Wochen nach der Operation der operirte Hode etwas kleiner als der rechte war (nach Angabe des Kranken sollte er auch im gesunden Zustande kleiner gewesen sein), die gewöhnliche elastische Resistenz und überall ein ganz gesundes Verhalten zeigte. An der ganzen Vorderseite war der operirte Hode mit den Hodensackhäuten anfänglich fest, später locker verwachsen. Diese Verwachsungen hatten sich, als der Kranke Mitte November das Hospital verliess, zu einem nach der kleinen Narbe der Einstichstelle hinlaufenden lockern Narbenstrange umgewandelt, so dass der Hode wieder fast frei in dem Hodensack spielte.

Ueber Bedeutung und Benutzung der chirurgischen Klinik.

Ein einleitender Vortrag, in der chirurgischen Klinik zu Bonn am 2. November 1849 gehalten

von

Geh. Rath Dr. C. W. Wutzer.

Mitgetheilt von P. H. Becker.

Die klinische Chirurgie ist der auf das practische Leben und sein Bedürfniss angewendete Theil des Abschnittes der gesammten Medicin, welcher sich mit der Erkenntniss und Heilung solcher Krankheitsformen beschäftigt, die an der äussern Oberfläche des Körpers, so weit diese den Sinnen zugänglich ist, vorkommen. Sie bildet also keineswegs eine besondere Doctrin, sondern sie benutzt aus dem gesammten Umfange der Arzneikunde und ihrer Hülfswissenschaften alle die Lehrsätze, welche ihrem Zwecke förderlich sein können, zur Heilung der ihrem Kreise überwiesenen Kranken. Darum setzt sie auch, wo sie mit wahrem Vortheil betrieben werden soll, das vorangegangene Studium sämmtlicher vorbereitender Fächer voraus; namentlich aber ist es wünschenswerth, dass einige Uebung im Beobachten Kranker bereits vorher erworben sei, zu deren Erwerb hier die propädeutische Klinik so treffliche Gelegenheit darbietet. Ueberhaupt wird in jeder Klinik Der am meisten gewinnen, der das Talent des Beobachters mitbringt und richtig anzuwenden weiss, eine Gabe, die auf unsern Gymnasien bei dem ihnen vorgeschriebenen Studiengange, wie er gegenwärtig noch besteht, schwer zur Entwicklung gelangt, deren Mangel sich aber nirgends fühlbarer macht, als bei den praktischen Bestrebungen des Arztes. Daher sehen wir nicht selten junge Männer das, was geringfügig und unwichtig ist, mit Eifer verfolgen, das wesentlich Wichtige aber verkennen. Doch gewährt die chirurgische Klinik täglich reiche Veranlassung, das Beobachtungstalent zu üben, — wogegen sie freilich keine ausführliche Anleitung zum Kranken-Examen, keine genügende Auseinandersetzung der Ursachen und der Wirkung der verschiedenen Fieberarten, welche sich zu chirurgischen Krankheiten gesellen können, — keine Beschreibung des Verlaufes oder der Natur der mannigfachen Kachexieen und Dyskrasieen darbieten kann, die so häufig den Grund und Boden chirurgischer Uebel bilden. Diese Dinge dürfen hier mit Recht als bekannt vorausgesetzt werden, damit die spärlich genug zugemessene Zeit den eigentlich chirurgischen Disciplinen nicht entzogen werde, welche Sie, m. H., ja eben vorzugsweise hier cultiviren wollen.

Jene Jahrhunderte einnehmende Zeitperiode ist vorüber, in der man einen Zweig der practischen Heilkunde dem andern ungestraft unterzuordnen, einen über den andern stellen zu dürfen glaubte; sie alle haben die Erhaltung der Gesundheit oder die Rettung des gefährdeten Lebens zum Gegenstande, — sie sind also ebenbürtig! Die Heilkunde ist ein grosses, untheilbares Ganze, und nur die menschliche Schwäche hat es, bei dem höchst seltenen Vorkommen Alles umfassender Talente, nöthig gemacht, die einzelnen Theile des Ganzen sowohl für das Studium, als besonders für die praktische Ausübung, zu trennen. Auch lässt es sich nicht läugnen, dass angeborne oder erworbene Hinneigung

zu bestimmten Seiten der Medicin die Cultur einzelner von ihnen speciell begünstigt und erleichtert. Möge denn ein Jeder unter Ihnen sich über den in ihm überwiegend vorhandenen Beruf zu einer derselben nicht täuschen; hinsichtlich der dazu erforderlichen geistigen und körperlichen Eigenschaften werden Sie, soweit es die Chirurgie angeht, hier nicht lange in Zweifel bleiben können.

Ueber die Unentbehrlichkeit des klinischen Unterrichtes für die Bildung von practisch tüchtigen Aerzten und Wundärzten wagt heutiges Tages Niemand mehr, den leisesten Zweifel auszusprechen. Um so auffallender erscheint es, dass die medicinischen Facultäten so spät erst zu klinischen Instituten gelangt sind. Alle Nachrichten, die über den klinischen Unterricht der Alten bis auf uns gelangt sind, erscheinen mangelhaft und unsicher. Die berühmte Schule zu Alexandrien soll ärztlichen Unterricht am Krankenbette ertheilt haben; Ammianus Marcellinus spricht hierüber. Zu Bagdad soll von Almansor eine solche praktische Schule unter Mesue errichtet worden sein. Ebenso gab Kaiser Friedrich II., der Gründer der Arzneischule von Salerno, ein Gesetz, dass junge Aerzte, welche vorschriftsmässig die Arzneikunde fünf Jahre lang studirt hatten, nicht eher selbstständig Kranke behandeln durften, bis sie ein Jahr lang von einem erfahrnen Arzte praktisch angeleitet worden waren. Bei den Griechen und Römern fand der klinische Unterricht in dem Verhältnisse des Meisters zum Lehrlinge Statt; einzelne hervorragende Aerzte nahmen sich die Erlaubniss, Lehrlinge zu ihren Kranken nach deren Wohnungen mitzunehmen. Ueber einen solchen Arzt lässt Martial in seinen Epigrammen den Kranken klagen: *„Centum me tetigere manus aquilone gelatae; non adfuit febris Symmache, — nunc adest.“* — Die erste sichere Nachricht über Einrichtung von klinischen Krankenbesuchen unter Leitung eines zu diesem Zwecke angestellten öffentlichen Lehrers geht von Padua aus. Hier wurde 1579 der Gebrauch eingeführt, dass die Lehrer ihre Schüler mit zu den Kranken führten; 1596 erschienen hierüber schon näher bestimmende Gesetze. In Leyden hielt zuerst de le Boë Sylvius klinische Vorträge, die Boerhaave nach ihm mit so grossem Ruhme fortsetzte. Edinburgh folgte, später erst Wien. Unter den preussischen Universitäten erhielt zunächst Halle, 1787, ein poliklinisches Institut; zur Errichtung eines stationären Klinikum wurde sodann 1806 ein Fonds bewilligt. Die im gegenwärtigen Jahrhunderte errichteten vaterländischen Universitäten wurden zeitgemäss sogleich mit zweckmässig fundirten klinischen Instituten ausgerüstet, und unser Bonn erfreut sich in dieser Hinsicht dankbar der Liberalität seines königlichen Stifters. Leider steht jedoch Deutschland in der Benutzung seiner grösseren Krankenhäuser für den Unterricht im Allgemeinen noch weit hinter Frankreich und England zurück. In Paris und in London giebt es fast eben so viele klinische Schulen, als grosse Hospitäler; an der mannigfachsten practischen Belehrung kann es daher dort wissbegierigen jungen Aerzten niemals fehlen, dagegen diese sich in Deutschland von solchen Hauptstätten ärztlicher Wirksamkeit an vielen Orten principienmässig ausgeschlossen und daher nicht selten genöthigt sehen, im Auslande zu suchen, was die Heimath nicht gewährt.

Die Methode des klinischen Unterrichts ist in Deutschland, Frankreich, England, ja selbst in den einzelnen deutschen Anstalten, sehr verschieden, und wird es wahrscheinlich stets bleiben, da es an einem allgemein gültigen, leitenden Principe dafür mangelt, Vieles auch von der Persönlichkeit des Lehrers abhängig ist. Eben so fordert die chirurgische Klinik andere Einrichtungen als die medicinische.

Für die chirurgische Klinik passt meines Erachtens ein dem Kathedervortrage ähnliches Dociren am Krankenbette, oder im Krankenzimmer, wenig. Dergleichen geordnete Vorträge können dagegen im Versammlungs- oder Operationssaale von Zeit zu Zeit mit grossem Nutzen gegeben werden, namentlich um eine Anzahl gleichartiger oder einander nahe stehender klinischer Krankheitsfälle übersichtlich zusammenzufassen und praktische Bemerkungen daran anzuknüpfen, die sich im Angesicht der Thatsachen dem Gedächtnisse um so dauernder einprägen lassen. — Bei dem einzelnen Kranken mag die Untersuchung vorzugsweise auf die Besonderheit des Falles hingerichtet werden; die allgemeine Kenntniss seines Leidens ist bei dem Schüler vorauszusetzen, — dieser soll specialisiren lernen. Ihm muss es darauf ankommen, die in die Sinne fallenden Merkmale der Krankheit deutlich aufzufassen. Ihm ist es wichtig, die zu den chirurgischen Technicismen erforderlichen Handgriffe und Manipulationen nicht blos zu sehen, sondern selbst zu üben. Mehr wie in der medicinischen Klinik ist eine solche Einübung in der chirurgischen nothwendig; ein Theil ihrer Eigenthümlichkeit beruht hierauf. Zuerst kann sich der Wundarzt nur durch Nachahmung bilden, so lange, bis ihm eigne Erfahrung und durch sie ein wohlbegründetes Urtheil zu Gebote steht. Die einzelnen Sinne müssen für den speciellen Zweck förmlich herangebildet werden; feines Sehen, Hören, Tasten sind um so wichtiger, als die Chirurgie es vorzugsweise mit solchen organischen Störungen zu thun hat, welche den Sinnen zugänglich sind. Wenn so die vorgeführten lebendigen Beispiele belehrender als das Wort sind, für sich allein oft schon sehr deutlich sprechen, so darf der Lehrer dennoch neben ihnen nicht stumm handeln, nicht voraussetzen, dass der der Uebung ermangelnde Anfänger das Wichtige von dem Unwichtigen, das Belehrende von dem Gleichgültigen selbst unterscheiden werde. Die grosse Schwierigkeit für den Lehrer liegt aber in dem Auffinden der richtigen Mittelstrasse zwischen Selbsthandeln und Handelnlassen, die bei jeder einzelnen Individualität unter den Schülern eine andere sein kann. — Das Handeln der Anfänger wird sich, ausser den Krankenuntersuchungen, zunächst auf Verbände unter Aufsicht und die sogenannten kleineren chirurgischen Operationen beschränken müssen. Grössere Operationen an Lebenden werden Ihnen nur dann anvertraut werden dürfen, wenn Sie die dazu erforderliche Fertigkeit und Sicherheit vorher an Leichnamen nachgewiesen haben; die Ihnen jederzeit übertragene Assistenz bei den Operationen des Lehrers bereitet übrigens ebenfalls zweckmässig dazu vor. Auch begünstigt die in unserer Klinik gebräuchliche Abtheilung in Auscultanten und Praktikanten eine allmählige Hinüberleitung vom Beobachten zur Selbstthätigkeit um so mehr. Ebenso gewährt die Verbindung einer ambulatorischen Klinik mit der stationären, wie sie hier besteht, einen nicht zu übersehenden Vortheil. Die erstere lässt eine stets wechselnde Zahl von mehr oder weniger belehrenden Fällen vor Ihnen vorübergehen; sie zeigt ausserdem dem künftigen Praktiker das Heer der Hindernisse, mit welchem er dereinst zu kämpfen haben wird, — durch sie lernt er, sich in die oft traurigen Aussenverhältnisse fügen, ihnen gleichsam zum Trotz noch zu nützen. In der stationären Klinik erfahren Sie dagegen, was ein auf geregelte wissenschaftliche Grundsätze, auf die Erfahrungen früherer Jahrhunderte, mit strenger Benutzung der täglichen Fortschritte der Kunst, gegründetes technisches Verfahren vermag, wenn mit ihm gleichzeitig eine wohlthätige diätetische Pflege Hand in Hand geht. Die Auswahl der Kranken für eine solche Anstalt, die nicht blos heilen, sondern auch unterrichten soll, ist von grosser Wichtigkeit, und in dieser Hinsicht haben die mit grossen Krankenhäusern in Verbindung stehenden Institute der Art grosse Vorzüge, wenn der klinische Lehrer aus der Menge der Kranken die für den Unterricht passenden auswählen darf. In Bonn wird dieser Mangel jedoch durch die von ausserhalb sich zahlreich zur Aufnahme einfindenden Kranken zum Theil ersetzt. Ausserdem ist es nicht die Menge der Kranken, sondern die Art, sie zu sehen und zu beobachten, welche für den Anfänger wesentlich ist. In grossen Hospitälern drängt sich die Menge der Fälle mit der der Zuschauer und der Zuhörer nicht selten so aufeinander, dass aus dem Gewirre für jenen oft wenig Gewinn hervorgeht. Um auch unter solchen Umständen noch zu lernen, muss schon ein gewisses Maass der Erfahrung, eine richtige Erkenntniss des individuellen Bedürfnisses vorausgegangen sein. Das alte Sprüchwort: das Beste ist bisweilen der Feind des Guten, — findet hier mitunter seine Anwendung.

In einer chirurgischen Klinik sollen auch nicht vorzugsweise merkwürdige Fälle aufgehäuft werden, die für den Lehrer mehr Interesse haben, als für den Schüler; dem letzteren sind die Formen, welche sich ihm später im täglichen Leben darbieten werden, die belehrendsten. Lebensgefährliche grosse Operationen, die manche Kliniker am meisten anziehen, sind es in der Regel nicht, aus denen sie für sich den grössten Nutzen schöpfen mögen; verhältnissmässig nur wenige unter ihnen, durch eigenthümliche Lebensverhältnisse, durch Anstellung an einem Hospitale, im Kriege u. dgl. Begünstigte, werden sie dereinst nachzuahmen im Stande sein. Dennoch bin ich weit entfernt, mit einigen andern Wundärzten den Nachtheil für die Fortbildung der operativen Chirurgie hoch anzuschlagen, der daraus hervorgehen könnte, dass gegenwärtig sich ungleich mehr Aerzte zu Operateuren bilden, als dies früher der Fall war, indem nun freilich deshalb der Einzelne weniger Erfahrung zu sammeln vermag. Die dringende Gefahr eines eingeklemmten Bruches, der Blutung aus einer grossen Arterie, erlaubt nicht, nach einem entfernt wohnenden berühmten Operateur zu senden; das bedrohte Leben wird hier nur gerettet, wenn der zuerst herbeigerufene Arzt die nöthige Hülfe schnell zu spenden im Stande ist. *Salus publica summa lex esto!* Und so muss denn die allgemeinere Ausbildung zu operirenden Aerzten, wie sie erst in der neuern Zeit zur Geltung gekommen ist, fortwährend gefördert werden. Erwägen wir noch, dass die jüngst in Paris versammelt gewesenen Freunde eines ewigen Friedens kaum jemals ein erfreuliches Resultat ihrer philanthropischen Bemühungen erblicken werden, so sehr es ihnen auch gewünscht werden mag, — sehen wir vielmehr zugleich rings um uns her durch politische Bestrebungen nach den entgegengesetztesten Richtungen hin einen verwirrten Knoten schürzen, der schwerlich jemals auf friedlichem Wege gelöst werden dürfte, so müssen wir in solcher Lage der Dinge um so mehr Aufforderung finden, gerade den hier besprochenen Theil der Heilkunde zu cultiviren. — Ueberhaupt ist es die Thatsache, viel weniger die Speculation, welche die chirurgische Klinik benutzen soll. Die Chirurgen dürfen sich rühmen, den Weg der „exacten Forschung“, auf den heutiges Tags mit Recht so hoher Werth gelegt wird, niemals

verlassen zu haben. Aber jene Thatsache ist ein sehr vieldeutiger Begriff, wie sich schon daraus ergiebt, dass seit dritthalbtausend Jahren Thatsachen auf Thatsachen gehäuft worden sind, und dessenungeachtet noch jetzt die Aerzte mit ihrem Urtheile über ganz einfache Krankheitsformen nicht übereinstimmen. Morgagni sagt: „die Thatsachen sollen erwogen, nicht gezählt werden.“ So richtig dieser Satz an sich ist, so darf ihm jedoch auch keine zu weit ausgedehnte, ausschliessliche Geltung beigelegt werden. Allerdings lässt sich nicht läugnen, dass, wenn dieselben Krankheitszustände in grosser Anzahl unter den nämlichen Aussenverhältnissen, stets auf gleiche Weise behandelt, fortwährend denselben Verlauf und Ausgang nehmen, dann der gewählten Behandlungsart ein wesentlicher Antheil an letzteren eingeräumt werden muss. Aber eine solche allseitige Uebereinstimmung der hierbei in Betracht kommenden Umstände wird sich bei einer so ansehnlichen Zahl von Kranken, wie sie hier zur Erlangung eines richtigen Maassstabes erforderlich ist, fast niemals beschaffen lassen, und darum verbleibt den statistischen Berechnungen des Erfolges von Kurmethoden, die die Verhältnisse, unter welchen sich die einzelnen Kranken befanden, nicht mit specieller Genauigkeit mittheilen, nur ein sehr untergeordneter Werth, höchstens eine approximative, höchst vorsichtig zuzumessende Gültigkeit. Dennoch lässt sich für äussere Krankheiten von ihnen viel mehr erwarten, als für innere, weil die Wirkung der vom Wundarzte benutzten Methode eine ungleich augenfälligere ist.

So verschiedenartiger Deutung nun auch die Thatsachen oft fähig sind, so werden sie es doch stets bleiben müssen, auf die wir unser Urtheil stützen. Mannigfache Wege können zu demselben Ziele führen, auch ist ihre Entfernung von einander bisweilen nur eine scheinbare, durch die Blödigkeit unserer Sinne hauptsächlich herbeigeführte. Nur wenige, mit den in unserer Klinik gebräuchlichen Methoden in Verbindung stehende Beispiele mögen dazu dienen, Sie auf solche Verschiedenheit der praktischen Ansichten der Wundärzte aufmerksam zu machen.

Im letzvergangenen Frühjahre hatten Sie Gelegenheit, viele Fälle einer epidemisch auftretenden Rose zu beobachten. Aeusserlich wurden diese höchst einfach, und zwar mit Glück, behandelt; trockne Wärme, meistens in Form der Einhüllung mit Watte, bildete in der Mehrzahl das einzige ausserhalb angebrachte Mittel, — man erwartete die Hülfe von der inneren Behandlung. Andere Wundärzte setzen Blutegel, pinseln eine Auflösung von Höllenstein auf das Centrum der Hautentzündung, ziehen bei der Wanderrose Kreise mit Höllenstein oberhalb der entzündeten Stelle, ja einige gehen so weit, auch das Glüheisen zu diesem Zwecke nicht zu verschmähen.

Die syphilitischen Uebel werden hier von den gonorrhoischen, selbst in secundären Formen, bei der Behandlung streng gesondert: letztere ohne, die ächt syphilitischen mit Merkur behandelt. Viele Aerzte rathen dagegen, den Merkur ganz zu verbannen, sie nennen seinen Gebrauch gradezu nachtheilig, suchen ihn durch Neutralsalze, vegetabilische Mittel, kaltes Wasser, Hunger, zu ersetzen.

Bei Amputationen sehen sie hier vorzugsweise den einfachen oder doppelten Lappenschnitt ausüben, der sich uns seit langen Jahren bewährte. Andere, nicht minder erfahrne Wundärzte führen in der Mehrzahl der Fälle den Zirkelschnitt aus.

Solche Widersprüche könnten leicht gehäuft werden. Ich knüpfe hieran die Aufforderung für Sie: dass Sie Ihr Urtheil über dergleichen Dinge nur mit grosser Vorsicht und Zurückhaltung fällen mögen, wenigstens so lange, bis Ihnen eigne, reife Erfahrung darüber zu Gebote steht. Sie werden dann vielleicht selbst finden, dass mancher Zweck sich auf verschiedenen Wegen erreichen lässt, von denen freilich der eine kürzer, gerader, angenehmer, der andere länger, gekrümmter, mehr Hindernisse darbietend sein mag. Der ruhigen, vorurtheilsfreien Beobachtung solcher praktischen Differenzen kann der reiche Gewinn zuletzt nicht entgehen; auch darf ich aus der eignen Erfahrung die Versicherung hinzufügen, dass ich aus den Fehlern einzelner Aerzte bisweilen mehr gelernt habe, als aus den gediegensten Vorschriften mancher Anderer. In dieser Weise vorsichtig, aber zugleich sicher voranschreitend, werden Sie hoffentlich der Zweifelsucht ebenso wie dem Aberglauben unserer Tage entgehen, die gleich dem bösartigsten Krebse an unserer Wissenschaft nagen!

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Medicinische Klinik des Hofrath Dr. Oppolzer in Leipzig

von

Dr. Hennig.

Otorrhoea.

Ein junger Mann, bei welchem vor etwa 12 Tagen eine Tuberkelhöhle in den Sack der linken Pleura durchgebrochen war und einen hochgradigen Pneumothorax erzeugt hatte, dessen Punction vor 8 Tagen mit bedeutender Erleichterung angestellt worden ist, bekam am 11. December 1849 einen Katarrh des rechten äussern Gehörgangs, welcher dem Hofrath Oppolzer zu folgender Betrachtung Veranlassung gab.

Die Ohrflüsse sind theils primärer, theils secundärer Natur. Der einfache primäre Katarrh der Auskleidung des äussern Gehörganges macht wenig Schmerzen, etwas Schwerhörigkeit, geringe Absonderung neben dem vermehrten Ohrenschmalz, weicht einer reizmildernden örtlichen Behandlung (etwa mit lauwarmem Wasser) bei gleichmässiger Temperatur. Viel schmerzhafter ist die Follikularentzündung der Schleimhaut, welche, wenn ein Ausführungsgang stockt und die Entzündung das Zellgewebe der Umgebung erfasst, den Furunkel bildet; dieser verursacht eine bedeutende Anschwellung und schlafraubende Schmerzen bis er platzt und den Eiter ergiesst. Vegetationen und Polypen unterhalten einen katarrhalischen, manchmal blutigen Ausfluss; letztere darf man nie abreissen, sondern sie sind allemal mit dem Messer zu entfernen, da sie gewöhnlich vom Trommelfelle ihren Ursprung nehmen, welches bei Torsionsversuchen leicht durchreisst. Von Hautkrankheiten greifen in den Gehörgang über: Rothlauf, Ekzem (nur am Ekzem der äussern Theile zu erkennen), Psoriasis, Pityriasis (von voriger durch den Mangel an empfindlichen Papeln zu unterscheiden); Urticaria; letztere ist die schmerzhafteste von allen, macht schlaflose Nächte — daher „Epinyctis,“ — widersteht oft hartnäckig der sorgsamsten Behandlung. Die Syphilis befällt den äussern Gehörgang gewöhnlich in Form von Schleimtuberkeln. Bei der Trommelfellentzündung — Myringitis — sieht man anfangs Injection, dann milchige Trübung des befallenen Organs. Zerfliesst das aufgelagerte Faserstoffexsudat eitrig, so kann Erweichung und Durchbohrung des Paukenfells eintreten; durch Verkalkung des Exsudats wird das Fell verknöchert.

In den Gehörgang eingedrungene fremde Körper können eine bis zur Caries sich steigernde Entzündung bedingen. Angequollene Erbsen und Bohnen müssen vorher zerschnitten und dann stückweis herausbefördert werden; harte, glatte Körper erheischen das Anlegen einer Ohr-Geburtszange.

Secundäre Ohrflüsse. Periostitis des Gehörgangs verursacht heftige, zumal nächtliche Schmerzen; die darüber gelegene Schleimhaut entzündet sich im Gefolge, es erscheint ein schleimiger Ohrfluss; er wird eitrig, sobald der Knochen entblösst und in Verschwärung (Caries) begriffen ist. Auch die Perichondritis hat zuweilen, nachdem sie den Knorpel ossificirt, wahre Caries und eitrige Otorrhöe gesetzt. Auch ein in den Gehörgang sich öffnender Parotiden-Abscess mag einen secundären Ohrfluss erzeugen. Am häufigsten jedoch rührt er von Caries des Felsenbeines (dann ist das Trommelfell stets durchbohrt) und des *Processus mastoideus* her, wie sie Scharlach, Blattern, Tuberkulose, Puerperalprocess und Typhus begleitet; hier finden, wenigstens im Beginn, meist beträchtliche Schmerzen statt, dann starker, langwieriger Ausfluss, der die silberne Sonde schwärzt; wird der *N. facialis* ins Bereich der Zerstörung gezogen, so treffen wir auf Gesichtskrämpfe, später Hemiplegie unheilbarer Art, Gefahr droht der Uebergang in Meningitis und Hirnabscess.

Katarrh der Paukenhöhle bewirkt Verstopfung derselben durch Schleim (bekannte Probe, durch die Eustachische Röhre Luft einzutreiben), welcher das silberglänzende Trommelfell nach Aussen drängt, endlich durchbricht. Bis dahin empfindet der Kranke heftige Schmerzen, zumal bei Geräusch und Schallempfindung jeder Art. Ist der Durchbruch erfolgt, so sind alle Beschwerden bis auf den Ohrfluss verschwunden. Gewöhnlich fliessen die Gehörknöchelchen mit aus.

Katarrh der *Tuba Eust.* bringt Ohrensausen und Schwerhörigkeit; wenn eine Luftblase hindurchdringt, hört Pat. einen Knall; dieser Katarrh heilt schnell, macht jedoch gern Rückfälle. Die Behandlung ist diaphoretisch; bleibt Anschwellung zurück, so sind Gurgelwasser mit Salmiak, später mit Alaun, Silber, selbst das Cauterisiren der Rachenschleimhaut am Orte. Man untersuche die Rosenmüller'sche Grube mit dem Finger, versuche durch die Itard'sche Röhre Luft einzublasen (ja nicht zu pumpen, bei Gefahr der Apoplexie!); bei heftigen Schmerzen dienen Abführmittel.

Rheumatismus, Arthritis.

Ein Markthelfer von 56 Jahren kam am 6. December 1849 in's Jacobs-Hospital. Er hatte früher Krätze, eine mehrmals rückfällige Brustentzündung, einige Jahre später Blutungen aus den Hämorrhoidalgefässen überstanden. Seitdem wurden seine Stuhlentleerungen sehr unregelmässig, mehr träg, manchmal blutig. Während dieser Störungen begannen Entzündungen der verschiedensten Gelenke ihn zu quälen, namentlich hatte er am Phalango-Metatarsalgelenke der linken grossen Zehe und am linken Carpalgelenke viel auszustehen; das erstgenannte ist jetzt so verändert, dass die grosse Zehe ganz nach aussen abgelenkt steht, bei jeder Bewegung ihrer Basis ein Schaben und Knarren hören lässt; das letztere dagegen auf die Weise, dass die Ulna nach vorn luxirt erscheint; an ihrem Ende sitzt eine weiche, elastische Geschwulst von der Grösse einer wälschen Nuss; über dem Kopfe der Ulna fühlt man bewegliche Rauhigkeiten (ossificirte Ablagerungen). Die übrigen Gelenke sind mehr oder weniger schmerzhaft geschwollen und schwer beweglich. — Patient hat fast alle Haus- und viele ärztliche Kuren durchgemacht. Vor drei Wochen bekam er einen neuen Anfall von Gelenkschmerzen, welche ihn bald an's Bett fesselten.

Hofrath Oppolzer liess zunächst die Diagnose stellen; die Krankheit ward als Arthritis, nämlich Gelenkentzündung mit ihren Folgen, festgestellt, welche klar zu Tage lagen, und folgende ähnliche Processe, welche ebenfalls mit Gelenkschmerzen einhergehen, ausschlossen: Syphilis (Patient war nie angesteckt), Bleivergiftung (er ist Markthelfer und hat nie mit Metallen zu thun), Tuberculose (häufiger bei Kindern) und Krebs in den Gelenken (es fehlen für beide die erforderlichen Anhaltepunkte, nämlich tuberculöse oder krebsige Ablagerungen in anderen, vorzugsweise jenen unterworfenen Organen, und die charakteristische Constitution), *Spina ventosa* (Enchondrom, wobei die Knochen von innen her aufgetrieben werden, entspricht einer anderen Knochengestalt; in unserm Falle sind nur die Knochenenden aufgetrieben), Osteoporose (kommt dem höheren Alter zu, entwickelt sich auch unter lebhaften Schmerzen). Veranlassung zur vorliegenden Form war die in des Kranken Beschäftigung liegende häufige Temperaturänderung.

Hierauf gab Oppolzer folgenden Vortrag:

Mit den Namen Gicht, Arthritis, Rheumatismus ist bisher viel Unfug getrieben worden; die Benennung Arthritis, Gelenkentzündung im eigentlichen, nicht im alten Sinne, welcher damit ein Allgemeinleiden, eine Krankheit und Verirrung der Säfte verband, passt noch am ersten zu dem pathologischen Hergange in den Fällen von Gicht, welche anatomisch nachweisbare Veränderungen zurücklassen. Wenn man die gichtische Diathese von Stockungen des für die Leber bestimmten Unterleibsblutes herleitete, und Hämorrhoidarier ihr ganz besonders unterworfen erklärte, so schloss man nur aus einzelnen Fällen, denn in vielen ist keine Unterleibsplethora nachzuweisen. Eben so wenig ist Andral's harnsaure Diathese bewiesen.

1) Die einfache Gelenkentzündung, für welche auch die Bezeichnung „acuter Gelenkrheumatismus" gelten mag, giebt folgende Producte:

a) Ist das Exsudat einer Gelenkkapsel ein flüssiges, so fühlt man Fluctuationen; es wird entweder resorbirt, oder bleibt, wenn sich der Kranke nicht schont, zurück, stellt die Gelenkwassersucht *(Hydrarthrus)* dar.

b) Ist das Exsudat plastisch, so ist die Geschwulst derb, weniger auftretend, nicht fluctuirend. Das Exsudat organisirt sich nun; war es gering, so bleiben Pseudomembranen; um sie zu zerstören, lasse man den Kranken das Gelenk fleissig üben. War es beträchtlich, so verwachsen die Gelenkflächen durch Zwischensubstanz, in welcher man wohl Knorpel- und Knochenablagerungen findet. Es bleibt völlige Steifheit.

c) Ist plastisches und seröses Exsudat zugleich vorhanden, so ist zur Bildung der sogenannten Gelenkmäuse *(Corpuscula Laenneccii)* Gelegenheit gegeben.

d) Ist das Exsudat eiterig, so können die Knorpel zerstört werden; es kann Caries den entblössten Knochen ergreifen und Fisteln entstehen (zumal nach traumatischen Verletzungen). Eiterige Gelenkexsudate begleiten auch Pyämie, Puerperalfieber, Typhus, Encarditis.

Folgende Combinationen machen die Gelenkentzündung bedenklich: Encarditis und Klappenfehler des Herzens, Pericarditis, Entzündung der übrigen serösen Häute, als Pleuritis, Peritonitis, seltener Meningitis. Die häufigen Hirnsymptome im acuten Gelenkrheumatismus sind meist nur Reflexerscheinungen von Pericarditis und Encarditis; zuweilen kommen allerdings im Gehirn umschriebene Ablagerungen zu Stande, welche dann die *Pia mater* der Convexität der Hirnhemisphäre zu ihrem Sitze wählen. Früher war man sehr geneigt, allerhand Metastasen in das Gehirn und die Hirnhäute zu schieben; jetzt sucht man, doch mit eben so wenig Recht, die Bluterkrankung wegen der gewöhnlichen Hirnsymptome anzuschuldigen. Endlich machen bisweilen Katarrhe der Schleimhäute, besonders der Nierenkanäle (geht unter dem Namen der acuten Brightschen Krankheit), die Prognose ungünstig oder wenigstens den Verlauf abnorm. — Hierher wohl viele Fälle der sogenannten *Arthritis occulta, atonica* etc.

2) Die chronische Gelenkentzündung ist entweder eine Fortsetzung der acuten; ist hier das Exsudat plastisch, so entstehen Contracturen, Knochenablagerungen, daher Gelenksteifigkeit; die *Nodi s. Tophi arthritici* bestehen aus harnsauren oder kohlensauren Salzen, oft nur aus letzteren allein. Oder sie ist eine auf die Gelenkflächen übergeführte Periostitis mit Osteophytenablagerung; zuerst werden die Knorpel resorbirt, dann schleifen sich die Knochen an einander ab und stellen das *Malum senile* dar, was nicht blos an der Coxa vorkommt. Auch hier kann Eiterung, Caries eintreten.

Therapie. Bei gelinden Graden sind Ruhe, Wärme (Einwickelung in Watte, Flanell, Schafwolle) und strenge Diät hinreichend. Ganz frische, von den Muskeln ausgehende Rheumatismen lassen sich vor erscheinender Anschwellung oft durch Senfteige abschneiden; sobald Localisation in dem Gelenke stattgefunden, sind jene nutzlos.

Bei acuter, heftiger Gelenkentzündung und heftigem Fieber erleichtert ein Aderlass (nicht, wie Bouillaud will, *des saignées coup à coup*) am meisten; dann verfahre man exspectativ, wofern nicht Anämie und Hydrops eintreten sollen. Bei kräftigen Individuen und Complication mit Herzentzündung geschehe der Aderlass jedenfalls und kräftig. Ist das Fieber mässig und nur ein Gelenk ergriffen, so ist die örtliche Behandlung Hauptsache; ist Geschwulst, Schmerz und Röthe zugleich vorhanden, so bestehe sie in Eisumschlägen nach 10—12 Blutegeln; ist der Schmerz sehr gross, Geschwulst unbedeutend: feuchte Wärme, Breiumschläge, Morphium. Sind endlich viele Gelenke ergriffen, Geschwulst und Schmerz bedeutend: Ableitung auf den Darmkanal (keine Diaphorese!) durch Purgirmittel, wobei jede Erkältung zu vermeiden; also darf Pat. nicht das Bett verlassen, muss seinen Stuhl auf einem Unterschieber verrichten. Ist jene Methode contraindicirt, so spreche man die Nieren an *(Nitrum, Kali aceticum, Cremor tartari, Colchicum)*.

Unser Patient erhält *Mixt. gummos.* ℥vj
Tinct. sem. Colchici ʒj
Extr. opii aq. gr. ij.
Zweistündlich einen Esslöffel voll zu nehmen; örtlich Einwicklungen.

Bemerkungen über einige Specifica.

Tart. emet. in grossen Dosen ist nur im Anfang passend, wo Purgirmittel angezeigt, doch individuell verboten sind.

Colchicum in grössern Gaben ist sehr unsicher; Opp. wandte es lange ohne allen Erfolg an; bei heftigem Fieber ist es unpassend, denn dieses kann bis zu Delirien gesteigert werden, dabei tritt Erbrechen, Durchfall und heftige Diurese auf. Das beste Gegenmittel sind dann einige Tropfen *Amm. caust.* in Zuckerwasser. Eisenmann giebt *Colchic.* mit *Laudan. l. Syd.*

Nitrum zu ʒβ-j *p. dos.* lindert zwar die Gelenkentzündung, macht jedoch die Reizung des Darms oft bedenklich.

Sulfas chinini der Franzosen coupirt zwar meist das Fieber, macht aber den Verlauf träger, ist nicht zu empfehlen.

Opium macht bei heftiger Entzündung den Zustand unerträglich; der Kranke wird schläfrig, kommt jedoch vor Schmerzen nicht zum Schlafe.

Electricität nach beschwichtigter Entzündung mittelst des Petrina'schen magneto-electrischen Apparates in der Nähe des gelähmten Gelenkes angebracht, leistete besonders Kubik vortreffliche Dienste. Man vergleiche dessen Aufsatz in der Prager Vierteljahrsschrift XX. p. 88.

Aus der Augenklinik des Geheimen Medicinal-Raths Professor Dr. Jüngken zu Berlin.

Von

Dr. Bühring.

Cataracta oculi dextri, defectus lentis crystallinae oculi sinistri.

M. W., 49 Jahr alt, ein Arbeitsmann von venöser Constitution und pastösem Habitus, hatte in seinen früheren Lebensjahren keine bedeutende Krankheiten überstanden, war aber dem Genusse des Branntweins in ziemlich reichlichem Maasse ergeben gewesen. Er hatte vor einigen Monaten einen Stoss gegen das linke Auge erhalten, die darauf folgende Entzündung war von nicht zu langer Dauer und wurde durch Anwendung antiphlogistischer Mittel beseitigt. Weiter vermochte Patient über den Verlauf seiner Augenübel bis zu diesem Tage nichts anzu-

geben. Der Grund, der ihn zu Hrn. Jüngken führte, war, dass er mit dem linken Auge weniger deutlich sah als mit dem rechten.

Die Autopsie ergab Folgendes: Auf den ersten Blick fiel die verschiedene Färbung der Pupillen auf, die des rechten Auges zeigte eine grauweisse Trübung, die des linken war normal schwarz. Die Trübung auf dem rechten lag hinter der Iris, im Grunde der hinteren Augenkammer, war ziemlich gleichmässig vertheilt, in der Mitte der Pupille um ein Geringes dichter, der Schlagschatten der Iris war gross, es war nicht zu verkennen, dass die Trübung im Linsensystem ihren Sitz hatte, die Pupille besass ihre normale Grösse, war vollkommen contractil, die Iris von brauner Farbe, in ihrem Parenchym nicht verändert, die Conjunctiva des *Bulbus utriusque oculi* hatte im Allgemeinen eine gelbliche Färbung, die sowohl längs der zahlreichen varicösen Gefässe, als auch an den feinen und zarten Endigungen derselben, und hier vorzüglich noch deutlicher hervortrat, und in intensiven Flecken von gelber Farbe sichtbar wurde. Am linken Auge war die Pupille um ein Weniges träger, die Iris in ihrer Structur und Färbung nicht krankhaft verändert, flottirte aber rück- und vorwärts in den Augenkammern, und lag entfernter von der Cornea als auf dem rechten Auge, und als es überhaupt im normalen Zustande der Fall ist, so dass die vordere Augenkammer geräumiger war und eine grössere Tiefe hatte, obschon die Cornea nicht stärker hervorgewölbt erschien, als auf dem gesunden Auge. Das Sehvermögen war auf dem linken nach der Angabe des Kranken noch in einem höheren Grade vermindert als auf dem rechten, doch konnte er auf dem linken auf eine Entfernung von einigen Zollen die Finger, die Anzahl derselben, eine vorgehaltene Uhr erkennen, deren Kehrseite von ihrem Zifferblatt unterscheiden, einen Schlüssel, wenn auch mit Mühe, sehen.

Die Diagnose der *Cataracta incipiens* auf dem rechten Auge bot auch dem Anfänger keine Schwierigkeit, mehr schon die Ursache derselben. Hr. Jüngken machte in dieser Beziehung darauf aufmerksam, dass Patient ein Potator sei, dass Congestionen nach dem Kopfe und *in specie* nach den Augen hiervon die Folge seien, welche wiederum die Hyperämie der Conjunctiva und die oben erwähnte gelbe Pigmentablagerung bedinge. In ähnlicher Weise habe auch eine zu grosse Blutfülle in den inneren Gewebeu der Augen durch Exsudation die Trübung der Linsenkapsel und Linse herbeigeführt. In Betreff des linken Auges nahm er Rücksicht auf das veranlassende Moment, den vorangegangenen Stoss, das Zurückweichen der Iris, auf ihr Flottiren, *Hippus iridis*, auf die gleichzeitig schwarze Pupille, und schloss, dass hier ein *Defectus lentis crystallinae* vorhanden sei, dem diese Erscheinungen ihr Entstehen verdanken, woneben ein geringer Grad von *Paralysis retinae* und der *Nervi ciliares* in Folge der Commotion des Auges gleichzeitig bestehe. Der Stoss gegen das Auge hat eine Rexis der Linsenkapsel zur Folge gehabt, die Linse ist prolabirt und durch Resorption geschwunden. — Will man, sagte Hr. Jüngken, in diesem Falle noch einen Heilversuch anstellen, die beginnende Cataracta des rechten Auges auf dem Wege der Resorption zu zertheilen, oder wenn dieses nicht gelingt, ihren Verlauf wenigstens zu verlangsamen, so würden solche Mittel zu wählen sein, welche die Säftemasse vom Kopfe ableiten und welche die Hyperämie in den Membranen des Auges verminderten; ein Heilverfahren, welches auch dem Zustande des linken Auges vollkommen angemessen ist, da nach allen Commotionen Blutstasen längere oder kürzere Zeit in Folge der Lähmung der Gefässwandungen zu bestehen pflegen. Neben einer höchst mageren, eingeschränkten Diät, neben Vermeidung aller spirituösen Getränke, des Bieres, Branntweins etc., gebrauche der Kranke ein Pulver aus *Sulph. dep. c. pulv. fol. Senn. cum Tartar. dep.*, trage ein *Fonticulum ad suram* und lasse sich zu wiederholten Malen *Cucurb. cruent. ad crucem et dorsum* appliciren.

Dieser Fall, der in diagnostischer Hinsicht wichtig war, gab Hrn. Jüngken auch Veranlassung, sich über einige nicht uninteressante pathologische Erscheinungen ausführlicher zu äussern.

1) Ueber die gelbe Pigmentirung der Conjunctiva. Eine solche kommt erstens vor bei Leberleiden und zweitens bei Hyperämien. Wie schon bei übermässiger Blutfülle in den äusseren Bedeckungen pigmentöse Ablagerungen in der Cutis als gelbe, braune Flecke erscheinen, so findet man eine solche Pigmentirung auch in der Conjunctiva als Folge von Hyperämie der Choroidea. Bei einem längeren Bestehen der letzteren nimmt die Conjunctiva auf ihrer ganzen Fläche einen gelblichen Farbeton im Allgemeinen an. Betrachtet man die letztere genauer, so wird man leicht dunklere und hellere Stellen unterscheiden. Da nämlich, wo ihre Gefässe verlaufen, und besonders wo sie endigen, erscheint die Pigmentirung dunkler. Auch bei partiellen Hyperämien in der Conjunctiva findet man bisweilen diese Pigmentablagerung; so sieht man zuweilen vom inneren oder äusseren Augenwinkel dicke mit Blut überfüllte Gefässe nach vorn zulaufen, in der Nähe des Hornhautrandes angekommen, verästeln sie sich in die feinsten Zweige, und um und zwischen diesen bemerkt man gelbe Flecke.

2) Das Flottiren der Iris bald nach der Hornhaut, bald nach dem Glaskörper, welches Hr. Jüngken mit dem Namen *Hippus iridis* belegt, während es Andere, wohl wider den allgemeinen Sprachgebrauch, *Iridodenosis* benennen, kommt bei Lähmung der Ciliarnerven und beim Fehlen der Linse vor. Daher sieht man diese Erscheinung häufig nach Extraction und Reclination der Cataracta. In unserem Falle schien der Hippus ebensowohl vom Defect der Linse, als auch von der durch Commotion herbeigeführten Lähmung der Ciliarnerven herzurühren.

Die Abnahme und Störung des Sehvermögens des linken Auges war in diesem Falle hauptsächlich durch zwei Ursachen bedingt. Erstens fehlte die Linse, und es ist bekannt, dass beim Mangel derselben das Accommodationsvermögen im hohen Grade beschränkt ist; dass Menschen, die am grauen Staar mit glücklichem Erfolge operirt sind, kleinere Gegenstände, wenn sie dieselben deutlich sehen wollen, verhältnissmässig weit entfernt halten müssen, dass die Breite ihres deutlichen Sehens oft nur 1—2 Zoll beträgt, und dass sie auch für verschiedene Entfernungen verschiedene Brillen haben müssen. Zweitens kann auch mit Sicherheit angenommen werden, dass die Retina in Folge der Commotion, wenn auch nur im geringen Grade, eine Functionsstörung erlitten hat.

Staphylomata scleroticae permagna.

J. P., 29 Jahr alt, Arbeitsmann, von kräftigem, blühendem Aussehen, hatte vor 14 Wochen das Unglück gehabt, dass ihm ein Erdapfel gegen das rechte Auge geworfen wurde. Die Quetschung und Erschütterung des Auges hatten ein chronisches Leiden der Augapfelhäute hervorgerufen, welches bei der Vorstellung des Kranken folgende Symptome darbot.

Die Augenlidspalte war um ein Geringeres enger, doch konnten die Augenlider geöffnet und geschlossen werden. Die Pupille war stark erweitert, unbeweglich, starr, ohne Trübung in der Tiefe, schwarz, die Iris von gelblichgrüner Farbe, in ihrem Parenchym unverändert, nicht verwaschen, nicht injicirt. Das Weisse des Auges bot auf den ersten Blick nichts Krankhaftes, der Bulbus konnte ohne Hinderniss nach allen Richtungen bewegt werden. Als man darauf das obere Augenlid in die Höhe hob, bemerkte man zwei ovale Geschwülste von weissblauer Farbe, von denen die eine an der äusseren Seite der Hornhaut, ungefähr zwei Linien vom Hornhautrande entfernt, begann, die Grösse einer kleinen Bohne hatte, nach oben scharf begrenzt war, nach unten mehr diffus und flach werdend. Die zweite hatte ihren Sitz oberhalb der Cornea, eben so weit wie die erste vom oberen Hornhautrande entfernt, von der Grösse einer Erbse, und im ganzen Umfange scharf begrenzt. In der Conjunctiva zeigten sich keine varicösen Gefässe, über Schmerzen klagte der Kranke nicht, in der Umgegend des Auges war nichts Abnormes zu bemerken. Was das Sehvermögen betrifft, so konnte der Kranke in der Ferne und in der Nähe grössere Gegenstände deutlich sehen, nur kleinere, z. B. einzelne Fliegen auf einem nicht zu fernen Tische, nicht mehr erkennen, ferner konnte er die Physiognomien von Menschen, die einige Schritte von ihm entfernt standen, deutlich erkennen, wenn ihr Bild von der äusseren Seite her auf die Netzhaut fiel, viel weniger klar, wenn es von innen, von der Nasenseite her, einfiel.

Die Gestalt, der Sitz, die Farbe der Geschwülste liess keinen Zweifel, sie als *Staphylomata scleroticae* zu diagnosticiren, die complicirt waren mit Mydriasis in Folge von traumatischer Paralyse der Iris, die ihre Ursache in der vorausgegangenen Erschütterung fand.

Die *Staphylomata scleroticae* sind wie die des *Corporis ciliaris* Ektasien der Wandungen des Augapfels, diese, Ektasien der Sclerotica und des *Corpus ciliare*, jene der Sclerotica und der Chorioidea, denen partielle Verwachsung der Sclerotica mit den genannten Geweben und Malaxie der verwachsenen Stellen zum Grunde liegt. Die *Staphylomata corporis ciliaris* liegen um den Rand der Hornhaut, in der Gegend des *Corpus ciliare*, haben eine blaue Farbe, und liegen in der Regel in grösserer Zahl neben einander, oft einen Kranz um die Hornhaut bildend. Die *Staphylomata scleroticae* liegen entfernter vom Hornhautrande, in der Sclerotica. Verwundungen, häufig Quetschungen, Entzündungen der Sclerotica und Chorioidea, besonders chronische, Jahre lang bestehende, sind als ihre Ursachen anzuführen. Dergleichen Entzündungen führen mit der Zeit eine partielle Verwachsung der genannten Membranen herbei, welche malaxirend sich verdünnen und durch ein Exsudat, welches sich an den Stellen ansammelt, hervorgewölbt werden. Oft nimmt die Retina Antheil, verwächst mit den vorigen Häuten und geht denselben Erweichungsprocess ein. Die Staphylomata vergrössern sich allmälig, bersten bisweilen bei zu grosser Ausdehnung, und entleeren dann eine helle, klare, wässerige Feuchtigkeit, worauf die Geschwulst collabirt. Sobald sich aber die Oeffnung wieder geschlossen hat, findet die Ansammlung von Neuem in der Geschwulst statt, um später denselben Verlauf zu nehmen. Jede Rexis hat aber eine chronische Entzündung zur Folge, die sich in der Sclerotica und

Chorioidea weiter verbreitet, und Mangel der Ernährung, Atrophie des ganzen Bulbus zur Folge hat; aber auch Cirsophthalmie kann der endliche Ausgang sein. — Die Ansicht, dass die *Staphylomata sclerotica* Varicositäten der Gefässe der Chorioidea sind, welche allmälig durch Druck von innen nach aussen die Sclerotica verdünnen, und dann in Form von bläulichen begrenzten Geschwülsten sich erheben, ist irrig und veraltet, und wird theils dadurch widerlegt, dass sich bei jeder Rexis der Geschwulst wässeriges Exsudat entleert, theils hat man sich durch Sectionen von mit Staphylomata behafteten Augen von dem Irrthum überzeugt. Was das Sehvermögen bei diesem Augenübel betrifft, so kann es bei dem Staphylom des *Corpus ciliare*, wenn es klein ist, und ohne weitere Complicationen vorkommt, ungetrübt sein; ist es gross oder mit *Staphyloma scleroticae* complicirt, dann pflegt das Auge amaurotisch zu sein. Und zwar wirken *Staphylomata sclerotica* um so störender auf das Sehvermögen ein, je mehr sie sich vom Hornhautrande entfernen; haben sie ihren Sitz auf dem hintersten Theile der Sclerotica, so ist das Auge blind; dieses ist in der Regel auch der Fall, wenn sie in der Mitte zwischen Cornea und *Nervus opticus* sitzen. Am wenigsten beeinträchtigen sie das Sehen, wenn sie dem Hornhautrande nahe liegen. Ausser der Lage hat auch ihre Grösse Einfluss auf die Sehkraft. In der Regel ist diese bei grossen Staphylomen der Art erloschen.

In unserem Falle fand nun die äusserst merkwürdige Erscheinung statt, dass, obwohl die Staphylomata gross und fast in der Mitte zwischen Cornea und *Nervus opticus* lagen, das Sehvermögen nur beim Blick nach innen undeutlich war; ein Beweis, dass die Retina nur an dem Sitze des Staphyloms mit in den Erkrankungsprocess gezogen, der übrige Theil derselben aber gesund war, deshalb konnte das Bild, welches auf jenen, den erkrankten Theil der Netzhaut, fiel, nicht percipirt werden. Dass der Kranke kleine Gegenstände, als: Fliegen auf einem Tische, Etikets nicht zu entfernt stehender Bücher, nicht bemerken konnte, erklärt sich genügend aus der gleichzeitig bestehenden *Mydriasis traumatica*. Denn bei starker Erweiterung der Pupillen fallen zu viel Lichtstrahlen in das Auge und trüben das Sehvermögen.

Was die Kur angeht, so werden zur Beseitigung dieser Geschwülste solche Mittel zu verordnen sein, welche die Wandungen der Geschwülste theils contrahiren, theils verdicken, um dadurch eine Rückbildung des Krankheitsprocesses zu bewirken, oder wenn dieses nicht gelingt, wenigstens dessen weiteres Fortschreiten zu hemmen. Zu diesem Zwecke hat man Einträufelungen von *Tinct. opii simpl.*, *Tinct. opii crocat.*, von *Solut. argent. nitr. fus.* vorgeschlagen und angewandt, doch empfiehlt Hr. Jüngken als das bei weitem vorzüglichste Mittel Bepinselungen mit *Acid. muriat. concentr.*, nach denen der Kranke die Augen auf eine halbe Stunde schliessen muss, und die alle 4—6 Tage repetirt werden.

Hydromeningitis chronica.

W. R., 25 Jahr alt, Schneider, von venös-scrophulöser Constitution, will in seinen Kinder- und ersten Jugendjahren stets gesund gewesen sein. Vor 1½ Jahren zog sich Patient eine Erkältung zu, die eine rheumatische Entzündung des rechten Auges zur Folge hatte. Diese Entzündung, die wahrscheinlich von Anfang an in der Hydromeninx ihren Sitz hatte, war trotz vieler angewandten Mittel nicht geschwunden. Der *Status praesens* ergab Folgendes:

An den Augenlidern, besonders an dem oberen, sah man die Gefässe röthlich durchschimmern, die Augenlidspalte war enger als die des gesunden Auges, die Augenlidränder waren im geringen Grade geröthet, die Conjunctiva des Auges war injicirt und mit einzelnen varicösen Gefässen durchzogen, hinter ihr sah man ein feineres Gefässnetz in der Sclerotica; dadurch dass die Injection in der Nähe des Hornhautrandes bedeutender war, erschien auch hier eine intensivere dunklere Röthung. Die Cornea war stärker gewölbt als die des gesunden Auges, an ihrer Oberfläche vollkommen glatt und spiegelnd, auf der inneren Fläche bemerkte man Trübungen, theils punktförmige, theils grauweisse, matte, breitere Flecke bildend; die Tiefe der Cornea, und vorzüglich die hintere Wand derselben, durchzogen blutrothe Gefässe, die nach dem unteren Abschnitte der Cornea sich stark verästelten und in einem halbmondförmigen, am unteren Rande der Cornea liegenden, weissen Exsudate endigten. Eben so wie in der Cornea, so auch in der Conjunctiva und Sclerotica, drängten sich Gefässe nach dieser Stelle, die, hier angekommen, in die kleinsten Zweige sich theilten. Wie man bei allen Entzündungen mit exsudativem Charakter im Auge die Beobachtung macht, dass da, wo sich Phlyctänen oder Abscesse bilden wollen, sich zunächst die Gefässe der Umgegend mit Blut füllen und um die Stelle verästeln, so liess sich dieses auch bei dem in Rede stehenden Falle, auf dem unteren Abschnitte der Cornea, am Rande der Sclerotica, wahrnehmen. Die Pupille war eng, ihre Farbe wegen der vor ihr liegenden, in der Cornea befindlichen Trübungen nicht recht erkennbar, die Iris starr, matt, trübe, die Farbe in eine schmutzig grüne verändert, so dass die verschiedenen, in dem gesunden Auge scharf distinguirten Farbentöne geschwunden waren; doch ihr Parenchym war weder aufgelockert, noch in der Structur verändert. Durch diese Beschaffenheit der Cornea und Iris hatte das Auge im Ganzen ein mattes, trübes Ansehen. Ueber Schmerz klagte der Kranke fast gar nicht, und empfand nur einen gelinden Druck im Auge. Das Sehvermögen war in einem bedeutenden Grade gestört und erscheint dem Kranken verschleiert; trübe, in einen Nebel gehüllt, präsentiren sich ihm die Gegenstände.

Die Beschaffenheit und der eigenthümliche Sitz der Trübungen in der Cornea, in Verbindung mit der Beschaffenheit der Iris und der Pupille, die Gefässinjection der hinteren Wand der Cornea, der chronische Verlauf des Uebels, liessen Hrn. Jüngken die Diagnose auf eine Hydromeningitis mit dem Ausgange in Exsudation stellen, wozu Erkältung die Ursache gegeben hat.

Bei der Prognose dieses Falles war darauf Rücksicht zu nehmen, dass jede Hydromeningitis schon einen mehr schleichenden, langsamen Verlauf nimmt, dass dieser insbesondere durch die venöse, scrophulöse Constitution des Patienten begünstigt und unterhalten würde, dass da, wo die Exsudation stattfand, ein Abscess in der Bildung begriffen war, der sich nach innen eröffnen, somit in ein inneres Hornhautgeschwür übergehen kann; dass lymphatische Exsudationen am inneren Pupillarrande sich entwickeln und Verwachsung zwischen Iris und Linsenkapsel herbeiführen, selbst Trübung der letzteren veranlassen können. Es ist auch darauf zu achten, dass die schon vorhandenen Trübungen und Exsudationen nur sehr langsam der Behandlung weichen, ja oft das ganze Leben hindurch bleiben.

Bei der Kur suche man durch wiederholte Application von Blutegeln oder blutigen Schröpfköpfen die venöse Anschoppung zu heben, durch Einreibung von *Ung. tartar. stib.* in den Nacken oder hinter die Ohren, später durch Bildung eines Fonticulum, am zweckmässigsten *ad suram*, die Säftemasse von den Augen abzuleiten. Ein Arzt, den den Kranken früher behandelt, hatte ihm ein Fontanel in die Schläfe der leidenden Seite gelegt. Abgesehen davon, dass hierdurch gerade die Säftemasse zum Auge hingeleitet wird, so wirkt an dieser Stelle überhaupt das Fontanel nachtheilig, weil es gerade auf den Verzweigungen der *Arteria tempor.* und der *Fascia tempor.* zu liegen kommt. Zum innern Gebrauche wurden, mit Rücksicht auf die rheumatische Natur des Uebels, Plummer'sche Pulver mit *Extr. Cicutae* ää *gr.* ½, 4 Mal täglich, verordnet; zum örtlichen Gebrauche eine Einreibung mit einer Salbe aus *Ung. hydrarg. cin. cum Kalio jodato* in Stirn und Schläfe.

Abweichend von den Ansichten neuerer Anatomen, wie z. B. von Ernst Brücke, der die *Membrana Descemetii* nur die hintere Wand der Cornea bekleiden lässt, nimmt Hr. Jüngken an, dass sie die vordere und hintere Augenkammer auskleidet, und billigt eben so wenig die Ansicht derjenigen Pathologen der Jetztzeit, welche eine Entzündung dieser Haut, von der Wardrop zuerst gesprochen, gänzlich leugnen, und welche die Symptome, die man bei dieser Krankheit wahrnimmt, bald einer *Iritis chronica*, *exsudativa*, bald einer *Keratitis* zuschreiben. Derselbe hat oft bei den höheren Graden dieser Entzündung rothe blutführende Gefässe auf der hinteren Wand der Hornhaut gefunden und sie mit der Lupe seine Zuhörer deutlich schauen lassen, während die Oberfläche der Cornea sich spiegelnd und von normaler Beschaffenheit zeigte. Dass aber die Descemet'sche Haut über die Cornea hinaus die Iris bekleidet, kann man am kranken Auge deutlich wahrnehmen, indem bei Entzündungen derselben ihre Propagation auf die vordere Iriswand auf unverkennbare Weise sichtbar wird, während das Irisparenchym nicht an der Entzündung Theil nimmt und in seinem Gewebe unverändert bleibt, daher auch die ihr eigenthümliche Faserung der Structur nicht aufgehoben ist. Bei hohen Graden der Entzündung kann man auf dem Descemet'schen Ueberzug der Iris mittelst der Lupe selbst injicirte Gefässe deutlich wahrnehmen.

Druckfehler.

Bei dem stets sehr eiligen Druck unserer Zeitung wird es von unsern Lesern, namentlich in der ersten Zeit, wo Setzer und Corrector sich noch nicht recht eingerichtet haben, entschuldigt werden, wenn Druckfehler mit unterlaufen. Wir geben hier die Berichtigung einiger, die in den ersten 7 Nummern vorgekommen sind:

S. 3	Z. 18 v. u.	links	lies	statt Polarfläche: Volarfläche.
S. 11	Z. 11 v. u.	rechts	„	„ Harnbalggeschwulst: Haarbalggeschwulst.
S. 13	Z. 22 v. o.	links	„	„ dem: den.
S. 14	Z. 26 v. o.	links	„	„ Narcoticis: Narcotica.
S. 23	Z. 30 v. o.	rechts	„	„ October: November.
S. 27	Z. 2 v. u.	links	„	„ Jod-Zink-Tannat: folgd. Zink-Tannat.
S. 42	Z. 9 v. u.	links	„	„ kräftiger: kräftig ab.
S. 48	Z. 9 v. o.	links	„	„ Nähe: Ruhe.
S. 43	Z. 10 v. o.	links	„	„ darauf ihr fixirter: der auf ihr fixirte.
S. 50	Z. 51	lies wiederholt	„	Epistotonus: Opisthotonus.
S. 60	Z. 25 v. u.	links	lies	„ Kanale: Lumen.
S. 72	Z. 26 v. u.	links	„	„ Cassys: Cassis.

ND 366

NB 958